



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

VALDENISE BARRETO DE ALMEIDA

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO
CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília- DF

2016



VALDENISE BARRETO DE ALMEIDA

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília como requisito para a
obtenção do título de bacharel em Serviço Social,
sob a orientação da prof.^a Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília- DF

2016

VALDENISE BARRETO DE ALMEIDA

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO
CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira
Orientadora

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli
Examinador Interno - SER/UnB

Lucinéia Moreli Machado
Examinadora Externa – SES/DF

Brasília – DF
2016

*Dedico esta monografia para minha família, meu pai
Valdecir, minha mãe Elenice e minha irmã Enelise.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria, muita força e determinação para enfrentar todas as adversidades que surgiram durante minha graduação e no processo da construção do Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao meu pai Valdecir, por todo apoio até aqui e por ter permitido através de muito esforço e abdições, acessar uma educação de qualidade, que na certa fez toda diferença e reflete muito nesta conquista. À minha mãe Elenice, por acreditar tanto em mim, pelas inúmeras orações, por sempre ter palavras de conforto que conseguem acalmar meu espírito e me fazem refletir positivamente em relação as mais variadas situações. À minha irmã Enelise, por ser tão determinada, estudiosa e meu exemplo, mesmo sendo mais nova, eu a admiro demais, agradeço infinitamente suas palavras de apoio, positividade, suas dicas sempre tão preciosas e pelas imagens com mensagens maravilhosas que todos os dias recebo em meu aplicativo de celular e conseguem fazer uma diferença enorme em meu dia. Mesmo longe, vocês duas não deixam de exercer um papel fundamental em minha caminhada e de me apoiar. Sou grata demais a vocês três! Ao meu pai também devo a oportunidade de vir morar em Brasília e poder estudar na Unb, sonho tão distante que se tornou realidade. O apoio de vocês durante todos esses anos foi o combustível que me deu forças para procurar dar o meu melhor, para aproveitar as oportunidades e jamais desistir. Eu amo vocês demais e sem vocês tantas coisas boas em minha vida não seriam passíveis de realização. Obrigada, obrigada!!

Ao meu namorado, Felipe Figueiredo que acompanhou esse processo desde o início, escutou inúmeras vezes minhas angústias, teve muita paciência com minhas mudanças de humor e ausências, escutou milhões de vezes minha fala sobre meu tema. Obrigada por sempre estar disposto a conversar, me acalmar, em meio a um turbilhão de momentos difíceis e incertos que enfrentei esse semestre. Gratidão por todo afeto e apoio. Te amo!

Agradeço também todas as amigas que fiz durante a graduação e as pessoas maravilhosas que tive a oportunidade de conhecer. Especialmente, nessa fase de construção deste trabalho, destaco o apoio das minhas “brilhosas”, Ana Paula Cruz, Gleice Kelly, Jozielle Souza, Luiza Lustosa, Madalena e Patrícia Vasconcelos. Ana Paula Cruz, você foi incrível, obrigada por toda ajuda e apoio, por compartilhar tudo comigo e saber como ninguém compreender o que eu estava sentindo.

Não posso deixar de citar minhas amigas de vida que mesmo em outros Estados (Paraná, Amazonas e Santa Catarina) estão sempre me apoiando e emanando boas energias: Alinie Laurindo, Ionara Bacelar e Monique Araújo. Das minhas amigadas que foram presentes da Unb, Débora Salles, Rayane Mendes e Katharina Plácido, vocês me incentivam a buscar o melhor e a alçar voos maiores.

Agradeço a todos os professores que tive a honra de ter aula, sem exceção, vocês foram peças fundamentais em minha formação, carrego em minha memória com muito carinho um pouquinho de cada um de vocês e todo conhecimento adquirido. A minha orientadora, professora Dr.^a Andréia, por quem sempre tive profunda admiração e respeito. Sou muito grata por ter aceitado a árdua tarefa de me conduzir de forma paciente e ímpar nesse momento tão importante de minha trajetória. Agradeço todas as oportunidades que me foram dadas, como a participação em seu projeto de pesquisa, ser monitora de sua disciplina, Seguridade Social 2 – Saúde e por intermédio de seus conhecimentos e paixão na área da saúde também despertar meu interesse e encantamento por essa área. Ao professor Dr. Reginaldo Guiraldelli, por ser um encanto de pessoa, transmitir serenidade, fazer pontuações tão valiosas que muito contribuíram para esse trabalho. A assistente social Michelle Martins, maravilhosa, sempre disposta a ajudar e a somar com seu conhecimento. Meu agradecimento super especial a vocês três, todo apoio oferecido tornou este processo algo mais tranquilo.

Por fim, agradeço aos meus sujeitos/as entrevistados/as na pesquisa de campo, vocês acrescentaram e enriqueceram muito na construção deste trabalho. Gratidão pela disposição e contribuição. Ao meu colega de Pibic que foi meu parceiro nas idas a campo, Murilo Martins Braga, meu muito obrigada!

“Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver. ”

Dalai Lama

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso propõe-se a analisar o exercício profissional do/a assistente social no Consultório na Rua, no âmbito da Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal. O objetivo é identificar as ações, atribuições e competências profissionais, os principais desafios postos na realização do trabalho do assistente social nesse âmbito. Em um primeiro momento realizou-se pesquisa documental e revisão de literatura: a revisão de literatura sobre a temática, ocorreu nos bancos de dados da base Scielo, artigos, revistas da área do Serviço Social, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e monografias relacionadas à temática de estudo. A pesquisa documental, foi realizada por meio de documentos oficiais, portarias, leis, manuais, dentre outros. Em seguida, na pesquisa de campo, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: o questionário online (elaborado na plataforma google) e a entrevista semiestruturada, que exigiu visitas institucionais para o contato com o profissional. Os resultados da pesquisa revelaram, a escassez de estudos sobre o exercício profissional do Assistente Social no Consultório na Rua. Por meio da pesquisa de campo, foi possível perceber a precariedade do ambiente de trabalho que o assistente social está inserido e a necessidade de políticas voltadas para a saúde deste trabalhador. Também ficou evidenciado a contribuição do assistente social na equipe multiprofissional, considerando que o seu olhar e agir profissional recai para as múltiplas expressões da questão social, e, portanto, para as determinações sociais no processo saúde – doença da população em situação de rua.

Palavras-chave: Consultório na Rua; Atenção Primária em saúde; Serviço Social; Exercício Profissional.

ABSTRACT

This final project is proposed to analyse the professional exercise of social worker in the Office on the street, in the context of primary health care in the Federal District. The goal is to identify the actions, roles and professional skills, the main challenges on the completion of the work of the social worker. In a first moment took place documentary research and literature review: review of literature on the subject, occurred in Scielo base databases, articles, magazines, Social Service area, works of conclusion of course (CBT) and monographs related to the subject of study. The documentary research was conducted through official documents, ordinances, laws, manuals, among others. Then, in the search field, two research instruments were used: the online questionnaire (elaborated on google platform) and semi-structured interview, which required institutional visits for the contact with the professional. The survey results revealed, the scarcity of studies on the professional practice of Social worker in the Office down the street. Through field research, it was possible to realize the precariousness of working environment that the social worker is inserted and the need for policies focused on worker health. Was also highlighted the contribution of the social worker in the multidisciplinary team, whereas its look and act professional falls for the multiple expressions of social issues, and, therefore, to social determinations in the process health-disease of the street population.

Keywords: Office on the street; health system; Social Service; professional practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AD – Álcool e outras drogas

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CR- Consultório na Rua

CRAS - Conselho Regional de Assistentes Sociais

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DF- Distrito Federal

DH – Direitos Humanos

eCR - equipes do Consultório na Rua

EPSJV: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IAPS - Institutos de Aposentadorias

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PEC- Proposta de Emenda à Constituição

PIBIC- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PSF – Programa Saúde da Família

PFS- Programa Família Saudável

PT- Partido dos Trabalhadores

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEDEST - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e do Trabalho

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SM- Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PERCURSO METODOLÓGICO	17
CAPÍTULO 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	20
1.1 Sistema Único de Saúde no Brasil: breve incursão histórica até a atualidade	20
1.2 Atenção Primária em Saúde: breve contextualização histórica	29
1.3 Atenção Primária em saúde no contexto do Distrito Federal	31
1.4 O contexto histórico da formação do consultório de/ na Rua.....	34
CAPÍTULO 2: O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE FRENTE A ATUAL CONJUNTURA BRASILEIRA.....	40
2.1 O exercício profissional e a questão social na atual conjuntura e os desafios para o Serviço Social	40
2.2 O projeto profissional e a dimensão ética-política no Serviço Social.	44
2.3 O Serviço Social e suas particularidades na área da Saúde.	48
CAPÍTULO 3: ANÁLISE DE DADOS	51
3.1 Trabalho em equipe nos Consultórios na Rua	53
3.2 Competências e Atribuições do Serviço Social nos Consultórios na Rua.....	62
3.3 Condições de trabalho	73
3.4. Formação e Qualificação Profissional	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS	85
ANEXO I	91
ANEXO II.....	95

INTRODUÇÃO

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A criação do Sistema Único de Saúde é resultante de lutas sociais envolvendo diferentes segmentos da sociedade e representa a maior política pública da História do Brasil, constituindo em suas prerrogativas constitucionais o compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (Brasil, 2007).

O SUS é respaldado por meio das Leis Orgânicas de Saúde. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, trazendo também quais são os objetivos do SUS e funções que são designadas à União, os Estados e Municípios. A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, irá dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ambas as Leis buscam orientar a visão voltada para saúde como um direito social e a obrigação do Estado em garantir esses direitos.

O sistema público existente até a Constituição Federal de 1988, oferecia assistência apenas a parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal. Com a promulgação da nova constituição, passou-se a atender as demandas de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico em que se priorizava ações de ajustes na perspectiva neoliberal e, portanto, desfavorável aos direitos conquistados, uma vez em que se defendia a restrição de gastos públicos. Em contrapartida, concomitante a implementação do SUS e a expansão do sistema público, amplia-se e se fortalece a rede privada de saúde por meio da saúde suplementar, ou seja, dos planos privados de saúde, para o qual migram os trabalhadores do mercado formal de trabalho, em geral subvencionados pelos empregadores e com subvenção estatal nos encargos e impostos.

As garantias legais que preconizam a criação do SUS trouxeram inúmeros avanços no que se refere às mudanças institucionais, descentralização e ampliação do sistema de saúde, apesar das dificuldades, contradições e disputas de projetos em defesa da saúde como direito e da saúde como mercadoria.

Os maiores desafios atuais, estão ligados a estruturação do novo modelo de atenção à saúde, que realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os princípios do SUS da Universalidade, Equidade e Integralidade, além do subfinanciamento do setor. Por consequência, também é necessária uma melhoria na elevação da resolutividade da Rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada no SUS e a garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade, com objetivo, de gradualmente, ir superando, as desigualdades de acessos existentes.

A atenção primária em saúde se caracteriza pela atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, “os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionado a cobrir afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população” (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 576).

Nessa direção, o respectivo Trabalho de Conclusão de Curso, recai para a análise do exercício profissional do assistente social no Consultório na Rua, que é formado por equipes instituídas pela Política Nacional de Atenção Primária¹ e integram a componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial.

No âmbito da saúde, tendo em vista a operacionalização do trabalho e a efetivação do projeto ético-político profissional, o assistente social desenvolve o seu exercício profissional na direção de garantir condições necessárias ao alcance do direito à saúde, bem como, o acesso aos bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais.

O assistente social é um dos profissionais que na sua formação tem acesso aos instrumentais teórico-metodológicos para atuação junto à família, a grupo e à comunidade. A experiência acumulada pela categoria historicamente, na luta por construção de condições de afirmação da cidadania da população, deve ser compartilhada com outros profissionais, através das ações multi/interdisciplinaridade. Na área da saúde, o assistente social tem contribuído para identificar as determinações sociais do processo saúde – doença e as expressões da questão social que incidem sobre o mesmo, bem como apresenta acúmulo teórico, ético – político e técnico operativo para o desenvolvimento de ações voltadas para organização popular e controle social, planejamento e gestão, educação em saúde e ações sócio assistências.

Essa pesquisa, focará no exercício profissional do Assistente Social no âmbito do Consultório na Rua, como um importante espaço sócio-ocupacional do serviço social.

¹ Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS) ambos têm a mesma denominação, no entanto, no âmbito internacional é empregado Atenção Primária à Saúde, dessa maneira, será empregado APS neste trabalho.

A primeira experiência de consultório de rua ocorreu em Salvador/Bahia, no final da década de 1990, por meio de uma parceria entre a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Prefeitura Municipal de Salvador e também outras instâncias governamentais, como uma forma de resposta, a situação que predominava, em que se tinha muitas crianças em situação de rua e fazendo o uso de drogas. Através dessa primeira experiência em Salvador é possível constatar, a necessidade do Estado em promover projetos que garantissem o direito à saúde da população em situação de rua, que historicamente enfrenta um processo de exclusão social, econômica e de direitos (CAETANO; SILVA, 2016).

Ainda conforme Caetano e Silva (2016), o Consultório de Rua surgiu em novembro de 2011 e até então, seu foco era voltado para a Saúde Mental. No ano de 2014 acontece uma mudança na portaria que regula esse serviço e extingue -se o consultório de rua dando lugar ao consultório na Rua focado na Atenção Básica. A mudança, para além da nomenclatura tem a perspectiva de que o serviço agora vá até o lugar onde se encontram os usuários e dessa maneira, tenha como foco a atenção e cuidado primário para aqueles/as que se encontram em situação de rua.

Os princípios que norteiam a prática dos consultórios na rua são os da integralidade, equidade e universalidade. Com o intuito de respeitar às diferenças, promoção de direitos humanos e da inclusão social, enfrentar o estigma, promover as ações voltadas para a redução de danos e a intersetorialidade. A integralidade, dessa forma, é incorporada pela equipe multidisciplinar, na perspectiva de atender as necessidades desses sujeitos de forma integral. A equidade insere-se no trabalho da equipe como um olhar crítico da realidade da população que se encontram em situação de rua, compreendendo as suas singularidades e necessidades diferenciadas, de modo que o atendimento consiga incorporar as desigualdades existentes entre os desiguais, ou seja, uma maior atenção e atendimento desses sujeitos. Com relação à universalidade, propõe-se um atendimento universal da saúde a todos os que dela precisar (BRASIL, 2010).

Existem vários desafios e possibilidades para a atuação do Serviço Social no Consultório na Rua, a exemplo a dificuldade de fazer o acompanhamento completo do usuário, devido este não possuir residência fixa e conseqüentemente há uma grande rotatividade desses usuários em relação aos espaços públicos. Além disso, a atuação desses profissionais se dá na rua, junto a uma população que se encontra em situação de vulnerabilidade, exposta a qualquer tipo de risco a sua integridade física e apresenta aos profissionais o desafio de prestar um atendimento na rua, no qual nem sempre é garantido o sigilo e uma ação profissional adequada.

O profissional, que atua no Consultório na Rua, precisa estar disposto a enfrentar um cotidiano muito específico e dinâmico, já que a rotina de trabalho se baseia na busca ativa dos usuários que serão atendidos, ou seja, os profissionais saem em busca da população em diversos locais como por exemplo, praças, bancos de avenidas, escadarias, locais próximos a pontos de venda de álcool e outras drogas (MARTINI, 2013).

A proposta da equipe multiprofissional, fundamenta-se na abordagem interdisciplinar, de modo a proporcionar uma relação de horizontalidade entre os profissionais, bem como o desenvolvimento de ações conjuntas, respeitando sempre o espaço de atuação de cada profissão, assim como suas atribuições privativas.

Diante do exposto, evidencia-se a inserção do Assistente Social nesse espaço sócio ocupacional na direção de um agir profissional comprometido com os princípios ético – político da profissão e da reforma sanitária brasileira, de modo a contribuir no acesso aos direitos da população em situação de rua que vivenciam intensamente no seu cotidiano o estigma, exclusão e desigualdade social inerente ao modo de produção capitalista.

A criação do Consultório na Rua, em especial, é de extrema relevância pois visa melhorar a capacidade de resposta as demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua. No Distrito Federal, as regiões contempladas com o Consultório na Rua são o Plano Piloto (Asa Sul), Ceilândia e Taguatinga. O lócus escolhido para o presente trabalho, foram dois Consultórios na Rua do Distrito Federal.

A etapa relacionada à pesquisa de campo para realização de entrevista semiestruturada, ocorreu em parceria com o colega de Pibic, Murilo Martins Braga. A transcrição da primeira entrevista foi realizada por ambos os pesquisadores e a outra entrevista apenas pela pesquisadora do presente trabalho de conclusão de curso.

Cabe mencionar, a inserção desta pesquisadora no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III Candango (CAPS AD III), localizado no Setor Comercial Sul, no processo de realização do estágio supervisionado em serviço social. No processo de estágio foi possível perceber o número elevado de pessoas em situação de rua que frequentam esse CAPS, com demandas das mais variadas, em especial relacionadas a tuberculose, alcoolismo, crack e outras drogas, em um contexto de extrema vulnerabilidade social e de acesso a uma rede de proteção social.

As vivências de estágio e a inserção em Programa de Iniciação Científica em pesquisa sobre o serviço social na atenção primária a saúde, desencadearam motivações para a construção do presente TCC, no qual pretende-se contribuir para as reflexões em torno dos desafios e possibilidades da ação profissional do assistente social na atenção primária em saúde,

com ênfase nas suas atribuições e competências no Consultório na Rua. Também pretende-se apontar subsídios no que se refere às estratégias profissionais do assistente social no consultório na Rua, tendo em vista o imediatismo das ações desse serviço em saúde e ausência de referências sobre o exercício profissional nesse espaço sócio ocupacional.

Para apresentar os resultados do estudo, o presente trabalho foi constituído em três capítulos. O primeiro capítulo faz a caracterização do Sistema único de Saúde e da atenção primária em saúde estudando o histórico da constituição da política de saúde no Brasil; além de um breve histórico sobre o consultório de/na rua; o segundo capítulo está voltado para a sistematização do exercício profissional diante da atual conjuntura, e o terceiro capítulo contempla a análise dos dados coletados pela pesquisa de campo e por último as considerações finais.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo trata-se de um recorte de uma pesquisa² do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília-UnB, em parceria com a Secretária de Saúde do Distrito Federal- SES/DF intitulada: “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”, que objetiva analisar as principais ações do Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no âmbito do Distrito Federal, identificando as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho do assistente social. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Universidade de Brasília- CEP/IH.

No estudo utiliza-se de abordagem teórico metodológica, na perspectiva crítica dialética, de modo a identificar a totalidade, a realidade em sua essência contraditória e em permanente transformação sobre um determinado fenômeno. Utilizou-se do método quanti-qualitativo, por meio de pesquisas de campo, documental e bibliográfica sobre o tema.

A pesquisa bibliográfica é um caminho importante para alcançar soluções relacionadas ao objeto de pesquisa, por meio de aproximações sucessivas da realidade, da sua carga histórica e de suas diferentes realidades, trata-se de um “conjunto de técnicas definidas pelo pesquisador para alcançar respostas ao objeto de estudo” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 39).

O objetivo principal do estudo é identificar as principais ações, atribuições e competências do Assistente Social no Consultório na Rua. Os objetivos específicos são: contextualizar a atenção primária no âmbito do SUS e a proposta do Consultório na Rua; conhecer e analisar a inserção do/da assistente social na atenção primária e exercício profissional dos/das assistente sociais junto à equipe multidisciplinar do consultório na rua; identificar as atribuições e competências do assistente social na atenção primária em saúde e no consultório na rua, e os desafios e possibilidades presentes nesse espaço sócio ocupacional.

A revisão de literatura sobre a temática, ocorreu nos bancos de dados da base Scielo, artigos e revistas da área do Serviço Social, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e monografias relevantes e que estivessem relacionados à temática de estudo. A pesquisa

² Pesquisa relacionada ao trabalho do Assistente Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal, coordenada pela professora Dr.^a Andréia de Oliveira, professor Dr. Reginaldo Guiraldelli (ambos professores do Departamento de Serviço Social da UnB) e pela assistente social Michelle Martins que trabalha na Gerência de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

documental, também foi realizada, por meio de documentos oficiais, portarias, leis, manuais, dentre outros.

O lócus da pesquisa empírica foram Consultórios na Rua do Distrito Federal, previamente mapeados para a realização do estudo. Foram utilizados na pesquisa de campo dois instrumentos de pesquisa: na primeira fase da pesquisa de campo foi aplicado o questionário online (elaborado na plataforma google) a partir do mapeamento das/os assistentes sociais inseridos nos Consultórios na Rua no DF e seus respectivos contatos (endereços eletrônicos). Na sequência, foi realizada entrevista semiestruturada com dois assistentes sociais, o que exigiu visitas institucionais para o contato com o profissional.

Há atualmente, no DF, três assistentes sociais atuando nos Consultórios na Rua, localizados na Asa Sul, Taguatinga e Ceilândia. Optou-se por realizar a entrevista com um dos profissionais que participou da primeira etapa da pesquisa, ou seja respondeu ao questionário *online* e, um outro assistente social não respondente ao questionário *online*, mas que aceitou participar na segunda etapa da pesquisa, ou seja entrevista semiestruturada³.

Assim, após a aplicação do questionário *online* foi realizada uma primeira análise da pesquisa, com base nos dados coletados no questionário e, em seguida, foi realizada as entrevistas e transcrição das narrativas. Na sequência foi feita a organização e sistematização do material coletado. Logo após, avaliou-se quais aspectos ou categorias empíricas deveriam ser aprofundados. Simultaneamente a esse último momento, iniciou-se o processo de análise dos documentos, da bibliografia, dos questionários e das entrevistas.

Portanto, a primeira parte da pesquisa de campo consistiu de questionário *online* e a segunda etapa de entrevista⁴ semiestruturada realizada pessoalmente com dois /as assistentes sociais dos Consultório na Rua no período de outubro a novembro /2016. E por questões éticas, em todas as entrevistas foram entregues e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, onde se explicitou de maneira clara e objetiva aos participantes da pesquisa a justificativa, os objetivos, os procedimentos metodológicos, resultados esperados e a garantia de sigilo dos sujeitos de pesquisa, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução CNS 466/2012.

³ Minayo (2004) considera a entrevista semiestruturada um instrumento que proporciona a coleta de informações objetivas, para além disso, é possível compreender a subjetividade muitas vezes embutida em valores e opiniões.

⁴ O roteiro utilizado para a entrevista semiestrutura e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE encontram-se nos anexos deste trabalho.

Dessa maneira, foram mantidos em sigilo os nomes dos participantes das pesquisas e as informações fornecidas por esses profissionais. Os participantes da pesquisa de campo foram denominados por letras (X/Y).

A entrevista semiestruturada trata de questões voltadas à formação profissional, sobre as ações realizadas, competências, o envolvimento com a organização política dos profissionais, questões de saúde e possíveis agravamentos causados pelo trabalho com o intuito de compreender o espaço e atuação profissional do assistente social inserido no Consultório na Rua.

CAPÍTULO 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Trata-se neste primeiro capítulo da caracterização da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde com foco no Consultório na Rua. Com o propósito de facilitar a compreensão, este capítulo será dividido em três tópicos. Sendo eles: Sistema Único de Saúde no Brasil: breve incursão histórica até a atualidade; Atenção Primária em Saúde: breve contextualização histórica, Atenção Primária em saúde no contexto do DF e o contexto histórico da formação do consultório de/ na Rua.

1.1 Sistema Único de Saúde no Brasil: breve incursão histórica até a atualidade

O tópico descreve o contexto histórico e como que a saúde era tratada desde o período colonial/imperial, perpassando pela consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS por meio do Movimento de Reforma Sanitária e mais tarde com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que se aprovou o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica n. 8.080/80 e complementar n. 8.142/80, e, por fim, quais os desafios, propostas e mudanças que estão postos na saúde perante a atual conjuntura brasileira que coloca em risco o acesso a uma saúde pública com o já anúncio de um desmantelamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

O primeiro momento histórico é o período Colonial/Imperial (1500 a 1889), o Brasil no período de 1500 a 1822, era colônia de Portugal e sua produção econômica era baseada nos ciclos de açúcar e da mineração em que se predominava o trabalho escravo. Com a proclamação da independência, após 1922, a produção econômica ainda permanecia por intermédio do trabalho escravo e era voltada para exportação, no entanto, agora com mais liberdade para comercializar com outros país, como a Inglaterra por exemplo. Em 1889 com a Proclamação da República houve aumento do poder da burguesia.

Segundo Aguiar (2011), durante esse período, o quadro sanitário brasileiro era caracterizado por diversas doenças transmissíveis que vinham primeiro através dos colonos portugueses, depois pelos escravos africanos e outros tantos estrangeiros que passavam por aqui devido ao comércio ou imigração. Eram frequentes nessa época doenças sexualmente transmissíveis, a lepra (conhecida atualmente como hanseníase), a tuberculose, a febre amarela, a malária, a varíola, dentre outras.

A autora citada anteriormente, revela que no período colonial e imperial, não teve uma política de saúde. No entanto, as medidas de saúde que eram tomadas tinham o objetivo de minimizar problemas de saúde que prejudicassem a produção econômica e o comércio internacional. Medidas que incluíam: saneamento dos portos por onde passavam as mercadorias, campanhas para debelar as epidemias frequentes e prejudiciais a produção. Eram intervenções pontuais, logo abandonadas.

A Assistência médica era apenas para classes dominantes da sociedade como por exemplo coronéis do café e era feita por médicos vindos da Europa. Aos demais componentes da sociedade desprovidos de condições econômicas restava os recursos da medicina popular e sangrias. Surgem então, as primeiras Casas de Misericórdia (AGUIAR, 2011).

A sociedade brasileira após esse período, inicia então a organização do Estado Moderno, em que se destaca a vinculação de grupos à exportação do café e à pecuária. Inicia-se então a primeira república também intitulada de República Velha (1889-1930).

No campo político havia um domínio das elites agrárias de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. No campo econômico, permaneceu uma hegemonia na produção do café, que se manteve na base do trabalho assalariado. Devido ao crescimento do setor agrário e a necessidade gradativa de mais mão de obra, o governo brasileiro passa a incentivar a imigração europeia (AGUIAR, 2011).

As condições de saúde, porém, continuavam as mesmas do período anterior e várias epidemias matavam a população e dessa forma dificultavam o recrutamento de trabalhadores da Europa. As ações de infraestrutura e saneamento básico eram realizadas preferencialmente nos portos de Santos e Rio de Janeiro. Em 1902, o então presidente Rodrigues Alves lançou o programa de Saneamento do Rio de Janeiro e de combate à febre amarela em São Paulo. Tais medidas estavam pautadas em interesses relacionados com o comércio internacional e a questão da imigração, pensando na mão de obra necessária para a produção de café (AGUIAR, 2011).

O governo de Rodrigues Alves nomeou então, Oswaldo Cruz, médico e pesquisador do Instituto Pasteur para a Diretoria Geral da Saúde Pública, que acabou elegendo como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas, as campanhas sanitárias, de conotação militar (AGUIAR, 2011).

Em 1904, segundo a autora citada anteriormente, ocorre a imposição legal para vacinação contra a varíola, o que acaba ocasionando uma revolta popular (revolta da vacina) em que lideranças contrárias ao governo e também médicos contrários, acabou por ser reprimida com a morte de líderes populares.

Carlos Chagas, em 1920, após assumir o Departamento Nacional de Saúde, acaba inovando e cria alguns programas que introduziram a propaganda e a educação sanitária da população como forma de prevenção das doenças.

Observa-se então, conforme Aguiar (2011), um momento histórico extremamente importante, pois inicia-se na saúde pública um modelo sanitarista campanhista influenciado por saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia, contrapondo a concepção até então, utilizada para explicar o processo saúde-doença que era baseada na teoria dos miasmas.

Surge também, a Previdência Social que irá incorporar a assistência médica aos trabalhadores, no entanto, por intermédio de contribuições com as caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

As primeiras CAPs foram instituídas nas empresas ferroviárias e mais tarde passaram a abranger portuários, marítimos e outras áreas, iniciando dessa forma o sistema previdenciário brasileiro.

No entanto, grande parte da população não tinha condições para contribuir para esse sistema previdenciário, restando apenas serviços que eram oferecidos pela Igreja ou a prática popular da Medicina (AGUIAR, 2011).

Pode-se dizer que esse período, a saúde brasileira, caracterizou-se por dois aspectos básicos: a estreita relação que existia entre a política de saúde estabelecida e o modelo econômico existente e a clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica. Estruturaram-se dois modelos de intervenção nas questões de saúde: o sanitarismo campanhista e o curativo-privatista (AGUIAR, 2011).

Mais tarde, ocorre a Revolução de 1930, comandada por Getúlio Vargas e representantes da classe dominante. Foi um marco para o fim da então hegemonia política, exercida pelos grupos ligados ao café e a pecuária, dando vez para indústrias voltadas para o mercado interno e para o aumento do capital.

Em 1930, criou-se Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no Governo de Getúlio Vargas, que funcionava na mesma lógica das CAPs, porém, controlado pelo Estado. Em 1966, os IAPs se unificaram transformando-se no Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social- INPS (AGUIAR, 2011).

Nessa época, houve uma reforma administrativa e política que resultou na Constituição de 1934. Iniciando o governo constitucional até 1937 e a ditadura do Estado Novo de 1937 até 1945.

O Estado, como regulador das relações capital x trabalho, estabelece o salário mínimo, que aliado a outras medidas acaba gerando acúmulos de capital que tornam possível

investimentos na infraestrutura demandada pela industrialização, exemplo disso a construção da Companhia Hidrelétrica Vale de São Francisco (AGUIAR, 2011).

No governo de Vargas, houve a criação do Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio, e do Ministério da Educação e Saúde. Foram promulgadas as leis trabalhistas, que estabeleciam alguns direitos sociais aos trabalhadores (AGUIAR, 2011).

Nessa época a população tem um adoecimento da saúde, pois as condições de trabalho não eram boas e não se tinha moradia e saneamentos adequados. Dessa forma, surgem novos problemas de saúde como: acidentes de trabalho, doenças profissionais, estresse, verminoses, etc (AGUIAR, 2011).

Havia então, uma preocupação com essa situação de saúde, mas com o interesse de manter a força de trabalho em condições de produção e dessa forma, a partir de 1933 as CAPS foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos acabavam priorizando a contenção de gastos, baseado na ideia do acúmulo do capital para se investir em outras áreas.

Em 1930, ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde com a unção de coordenar as ações de saúde pública no mesmo modelo do sanitarismo campanhista do período antecedente (AGUIAR, 2011).

Mais tarde, conforme Aguiar (2011), inicia-se o governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), época em que a quarta Constituição foi aprovada e dessa forma mantendo o regime presidencialista e os direitos trabalhistas estabelecidos no governo de Vargas. Durante o governo de Dutra foi lançado o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), dizia-se que iria priorizar a saúde, no entanto, não foi o que ocorreu, pois, o foco foi o transporte.

Em 1951-1954 Getúlio Vargas retorna ao poder por meio das eleições diretas. Retomando seus projetos anteriores e investindo em medidas que se tornem aliadas no processo de industrialização, seguindo a linha de uma política de caráter nacionalista (AGUIAR, 2011).

Vargas, se destacou como um político “populista” que possuía uma relação de contato direto com a população e aliava concessões sociais para conseguir o apoio da população em áreas relacionadas a economia e outras políticas adotadas (AGUIAR, 2011).

Em 1954 a autora, relembra que Getúlio Vargas suicidou-se e em seguida quem assume é Juscelino Kubitschek que governou o país de 1956 a 1960. Seu governo foi pautado no desenvolvimento com ênfase nas políticas sociais como paliativas. Na área da saúde pública, os IAPs continuam fortalecendo o modelo de assistência médica curativa, com o intuito de manter o trabalhador saudável para produção. As categorias organizadas e com maior poder

aquisitivo construíam hospitais próprios para atendimento de seus segurados. Amplia-se o modelo médico – assistencial privatista que se tornou hegemônico dos anos 60 aos 80.

Mais tarde inicia-se um período conturbado da política brasileira com a eleição de Jânio Quadros em 1961, sua renúncia e logo em seguida com seu vice João Goulart assumindo e tendo forte oposição por defender reformas de base e políticas sociais (AGUIAR, 2011).

Um período marcante da história do Brasil e da saúde, diz respeito ao período da Ditadura Militar (1964-1984). No campo da saúde, foi predominando a financeirização das instituições previdenciárias e uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde (AGUIAR, 2011).

Em 1966, ocorre a unificação dos Institutos de Aposentadorias (IAPS) com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com responsabilidades voltadas para a concessão de benefícios previdenciários e pela assistência médica dos segurados e família, tal mudança acabou transformando o INPS no maior comprador de serviços voltados para a saúde, marcando a prática médica desse período voltada para o lucro (AGUIAR, 2011).

De acordo com a autora supracitada, outra prática que teve notoriedade no período, foi a medicina de grupo, que se destinava principalmente para quem tinha grande poder aquisitivo.

Ao final da década de 70, presencia-se uma crise mais aprofundada no modelo de saúde previdenciária, um caos nos serviços públicos de saúde muito sucateados. Além disso, o período da ditadura militar, aumentou a taxa de morbidade e mortalidade por doenças endêmicas, altas taxas de mortalidade infantil e materna, mortes por doenças advindas das péssimas condições de trabalho, aumento de mortes por doenças cardiovasculares (AGUIAR, 2011).

Posteriormente, o período dos anos 80 e 90, foi importante para a política de saúde no Brasil. Esse período iniciou-se no final da ditadura militar e da crise econômica do país (AGUIAR, 2011).

Conforme Bravo (2000), nesse período existiam dois projetos societários bem diferentes; o primeiro, projeto privatista, almejava uma sociedade em que se tinha uma democracia, porém de caráter restrito, uma vez que seriam reduzidos direitos sociais, políticos e econômicos. E o segundo, projeto de Reforma Sanitária voltado para uma sociedade democrática de massa, em que se prioriza a participação social para a manutenção da democracia ampliada.

No entanto, a Reforma Sanitária, foi um projeto articulado durante os anos 70 e 80 e tinha como ideia a criação de um sistema único de saúde, e assim conseguir colocar um fim

no comando do Ministério da Saúde e do INAMPS os quais tinham propostas contrárias para a saúde. O projeto idealizado pela Reforma Sanitária foi encaminhado pelo movimento sanitário (AGUIAR, 2011).

Ainda conforme relato de Aguiar (2011), nesse movimento estavam engajados sanitaristas, liderança políticas, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais, estudantes da área da saúde e entidades como CEBES e ABRASCO. Todos lutando e buscando por uma saúde com menos desigualdades, como um direito social e garantida pelo Estado. Entendendo dessa forma, a saúde como “qualidade de vida e um modelo de atenção com ênfase na integralidade” (AGUIAR, 2011, p. 36).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, aconteceu no ano de 1986 e “criou um espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde e de proposta de reorientação da assistência médica e de saúde pública” (AGUIAR, 2011, p. 37).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi finalmente aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) que acabou incorporando a maioria das propostas já pontuadas por meio do Movimento da Reforma Sanitária (AGUIAR, 2011).

A criação do SUS não foi algo que ocorreu de forma tranquila, pelo contrário, foi uma conquista baseada em muita luta, pois sempre existiram os interesses privatistas na área da saúde, porém, sua aprovação, foi algo positivo e consagrou-se como um momento histórico da saúde no Brasil.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº. 196 define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, sendo garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e também ao acesso universal e igualitário das ações e dos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A implementação do SUS ocorreu após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080 de setembro de 1990, e complementada pela Lei n. 8.142 de dezembro de 1990. A Lei n. 8.080, define o SUS, como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde apresenta os seguintes princípios, segundo Brasil (1990):

- Universalidade: garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. A universalidade, permite ao indivíduo ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal

- Integralidade de assistência: consiste no reconhecimento, na prática, dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.
- Igualdade na assistência, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie sem discriminação de etnia, gênero, sexualidade, religião, nem posição social;
- Participação da comunidade: garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.
- Descentralização política-administrativa: entende-se como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Dessa forma, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

A oferta e organização dos serviços de saúde, é realizada por meio dos níveis de atenção, sendo eles: atenção primária; atenção secundária; e atenção terciária e hospitalar. O financiamento do SUS ocorre através do recolhimento dos impostos gerais, fontes privadas e receitas: “receitas estatais, de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal” (PAIM, 2011, p. 20).

Dessa maneira, Aguiar (2011) relembra que estava implantado o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso a um serviço de saúde universal e igualitário, rompendo com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram aqueles que faziam parte do mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham que se conformar com a precariedade dos serviços oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

No entanto, nos governos posteriores, no início dos anos 90, “o Governo de Fernando Collor de Mello acabou reduzindo em quase metade os recursos voltados para o setor

da saúde, ao mesmo tempo que os governos estaduais também reduziram sua participação orçamentária para a saúde” (AGUIAR, 2011, p.38).

O governo de Fernando Henrique Cardoso implementou ações as quais alguns autores a caracterizaram como de Contra Reforma do Estado, com privilegiamento do setor privado em um amplo processo de privatizações, de incentivo do setor privado, de modo que inviabilizou a implantação da reforma sanitária defendida nos anos de 1980. Já no período do presidente Luís Inácio Lula da Silva os princípios contidos no Projeto de Reforma Sanitária nos anos de 1980, passam por uma compreensão de flexibilização, de modo que alguns autores concebem como um período de reforma sanitária flexibilizada. É perceptível nos mandatos do governo Lula a prioridade para a política econômica, em que as políticas sociais também ficaram dependentes da lógica de mercado, diferenciando-se em algumas iniciativas no âmbito das políticas sociais.

A ex presidente Dilma Rousseff, após assumir a presidência manteve a política econômica de seu antecessor, apresentando como primeira medida voltada para a saúde, a expansão do Farmácia Popular:

a Lei nº 10 .858/04 cria o Programa Farmácia Popular do Brasil, desenvolvido conjuntamente com o Ministério da Saúde e a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) na intenção de oferecer medicamentos mediante ressarcimento aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos considerados essenciais é regulamentada pelo Decreto nº 5.090/04, que institui o Programa. Dessa forma, são firmados convênios com os Estados, Distrito Federal, Municípios e rede privada de farmácias e drogarias (FILHO, 2010, p. 58).

Na época, salientou-se que seria feito a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes em drogarias que fossem credenciadas. Segundo Formenti⁵ (2006), passados mais de cinco anos, o Farmácia Popular corre riscos. O orçamento da saúde, segundo a autora, recentemente sofreu um corte de R\$ 5,5 bilhões. Outros programas criados pelo PT, como Samu e UPAs também podem vir a ser afetados em consequência desses cortes.

Em 2008, segundo Formenti (2016), ocorreu o primeiro fato marcante relacionado ao financiamento na área da saúde, com o fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). O governo federal deixou de arrecadar cerca de R\$ 40 bilhões anuais para a área. Desde o primeiro mandato da presidente, setores que tinham ligação com a saúde pressionavam para que se encontrassem novas fontes de recursos.

Ainda conforme a autora, em 2015, houve um número recorde de casos de dengue e mortes causadas pela doença. Outro fato marcante é o aumento da chikungunya, também

⁵ Disponível em < <https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/zika-e-mais-medicos-marcaram-a-saude-do-governo-dilma/>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.

transmitida pelo *Aedes aegypti*, que elevou de forma expressiva, colocando o País em uma situação que os epidemiologistas chamam de tríplice epidemia.

A gestão Dilma, segundo Formenti (2016), também teve como marca o Mais Médicos, programa criado depois das manifestações de 2013 que exigiam melhorias nos serviços públicos e a manutenção de programas importantes, como o de transplantes e de imunização.

Atualmente, após o impeachment da então presidente Dilma Rousseff, quem assumiu o cargo de presidente, foi Michel Temer do PMDB até o ano de 2018. Desde então, o que tem se percebido nesse contexto de Crise Política, é uma ameaça para o desmonte da Seguridade Social, com propostas para mudança no SUS, reforma na previdência social e na educação. Reformas que caminham não para melhorias de fato, mas sim para uma desproteção social da população brasileira.

A exemplo disso, estão a PEC 241 e a proposta do Ministro da Saúde, Eduardo Barros da criação de planos “populares” de saúde, exatamente em um momento econômico extremamente delicado, com aumento da taxa de desemprego, e como consequência mais pessoas sem planos de saúde e necessitando do SUS.

A PEC 241, em especial, estabelece um novo regime fiscal no país e define o valor máximo que o governo pode gastar com despesas primárias, que incluem a saúde e a educação, para os próximos 20 anos. A regra consiste em vincular a despesa anual da União ao que foi gasto no ano anterior mais a correção da inflação.

Segundo Júnia (2016)⁶, o governo tem por objetivo equilibrar as contas públicas para que desta forma, deixem de apresentar déficits. A saúde e a educação, no entanto, possuem regras que garantem percentuais mínimos que o governo deve aplicar nestas áreas.

No que diz respeito à saúde, a Emenda Constitucional 86 (EC 86), atualizou esta aplicação e acabou definindo um gasto de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016, percentual que progressivamente deveria chegar a 15% em 2020. A educação, no entanto, o governo federal é obrigado pelo artigo 212 da Constituição a investir 18% da arrecadação de impostos. A PEC, em 2017 remete à ideia de congelar esses percentuais ao que foi investido em 2016 juntamente com a correção da inflação (JÚNIA, 2016).

Em 2018, o cálculo do que deve ser aplicado será realizado baseado nas despesas do ano anterior, somado a inflação, e assim continuaria pelos próximos 20 anos, com previsão de revisão e mudança da regra pelo Congresso apenas daqui dez anos (JÚNIA, 2016).

⁶ Disponível em< <https://pcb.org.br/portal2/12273>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.

A Câmara dos Deputados e o Senado aprovaram a proposta de emenda constitucional que cria um teto para os gastos públicos, a PEC 241 ou PEC 55, dependendo da Casa legislativa, a qual, começa a valer a partir de 2017. No que diz respeito às áreas da saúde e educação, as mudanças só deverão valer após 2018, quanto Temer não será mais o presidente. A aprovação da PEC 55 tornou-se prioridade no governo de Michel Temer.

Enquanto isso, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, defende a criação de planos de saúde mais baratos, mas com menos serviços de atendimento obrigatórios. Segundo Formenti⁷ (2016), o Ministro propõe planos baratos para reduzir demanda no SUS, a estratégia na visão do Ministro pode ajudar a ampliar o número de usuários de convênios, reduzir a demanda do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, dar maior folga de recursos para financiar o atendimento público.

Barros anunciou a proposta durante audiência pública no Senado. Conforme Formenti (2016), ao ser questionado, se a medida poderia receber críticas de sanitaristas, que defendem uma melhora no sistema público, ao contrário de um incentivo para que a população se torne adepta de uma saúde suplementar, ele salientou: “Estou ministro da Saúde, não ministro do Sistema Único de Saúde. O SUS é uma boa parte do que fazemos, mas não é só”.

É perceptível dessa forma, o quanto a proposta de planos de saúde populares, ditos planos acessíveis, querem apenas colocar na conta da população brasileira o subfinanciamento do SUS. O descaso com a saúde pública, com um direito conquistado através de muita luta, travada por longos anos, na busca por uma política de saúde de caráter universal e não contributiva e infelizmente, o desejo de projetos lucrativos, novamente se impõe como barreiras para a consolidação do SUS, dificultando assim sua universalização, integralidade desde que foi criado até o presente momento.

1.2 Atenção Primária em Saúde: breve contextualização histórica

Trata-se neste tópico de uma breve reconstituição histórica e caracterização da Atenção Primária em Saúde - APS, compreendendo a mesma como a porta de entrada privilegiada para o SUS.

A Atenção Primária em Saúde – APS irá surgir como uma proposta de modelo alternativo de atenção à saúde, que “preconizava: a desmedicalização, o autocuidado de saúde,

⁷ Disponível em < <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-propoe-planos-de-saude-mais-baratos-para-reduzir-demanda-no-sus,10000061297>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.

a atenção primária realizada por não profissionais de saúde, a participação da comunidade, entre outros” (AGUIAR, 2011, p. 32).

A partir da Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, no ano de 1978, com o apoio da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) começa a ser difundido pela América Latina e no Brasil, o conceito de Atenção Primária à Saúde (AGUIAR, 2011).

Nessa época de acordo com AGUIAR (2011), muitas produções acadêmicas fazem uma crítica ao modelo assistencial e partem para uma concepção de saúde como um direito de cidadania.

Os Cuidados Primários de Saúde consistem em:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que as comunidades e os países possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978).

Outro momento histórico importante ocorreu em 1987, com a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção em Saúde, realizada na cidade de Ottawa- Canadá, em que se discutiu os resultados e avanços acerca dos Cuidados Primários de Saúde, e acabou gerando a Carta de Ottawa. Para alcançar o chamado estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos precisam ser capazes de identificar aspirações, satisfazer necessidades, assim como modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA OTTAWNA, 1986).

Dessa forma, a APS consolida-se como uma importante porta de entrada do sistema de saúde, sendo conceituada pelo Ministério da Saúde, como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (BRASIL, 2006, p. 10).

Sendo assim, os primeiros indícios da APS no país aconteceram por volta dos anos 60 e 70. Posteriormente, desde os anos 90, configura-se uma nova conjuntura no Brasil que tem ligação direta com a ideologia neoliberal e por consequência com a constituição da APS. Percebe-se então que a APS foi concebida em um:

[...] contexto de crescente privatização das políticas sociais, precariedade e terceirização dos serviços, subfinanciamento do setor, sob a emergência das Organizações Sociais (OS) e fundações estatais, a APS, respondendo à lógica neoliberal, quando assumida em sua “roupagem nacionalizadora e instrumental” coíbe processos democratizantes na política de saúde e corrobora com as determinações das agências internacionais. (CONILL, 2008 *apud* OLIVEIRA, A., 2012).

Em 1993, é regulamentada a Norma Operacional- NOB/SUS, fundamentada como uma política que previa a descentralização da responsabilidade para os municípios. Estes, ficam responsáveis pelo financiamento e gestão à saúde e a “prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988).

Em 1994 é criado o Programa Saúde da Família- PSF, e por meio da NOB-SUS, 1996, o PSF torna-se “concebido como Estratégia de Saúde da Família, ou seja, estratégia para implementar a APS, assumindo a caracterização de primeiro nível de atenção” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, *apud*, OLIVEIRA, 2012, p. 105).

A expansão da ESF, ocorre no ano de 2003, permanecendo ainda por cerca de sete anos, através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família- Proesf, com o intuito de conseguir “organizar e fortalecer atenção básica” (OLIVEIRA, 2012, p.105).

Mais tarde, em 2006, foi promulgada a primeira Política Nacional de Atenção Básica, regida pela Portaria MS n. 399, em que se têm os três pactos: Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Gestão do SUS e o Pacto pela Vida.

A APS consolida-se dessa forma como uma estratégia criada com o intuito de fortalecer a atenção básica, realizar uma intervenção multiprofissional buscando compreender as necessidades da população por meio de diversas áreas do conhecimento e assim trazendo um novo modelo de atenção à saúde.

1.3 Atenção Primária em saúde no contexto do Distrito Federal

Após contextualização do item anterior, neste tópico será caracterizado a APS no DF e para tal, será utilizado como referência teórico-metodológica a tese de doutorado de Oliveira (2012), na qual a autora analisa a tese de dois autores de extrema importância na área da saúde, Hildebrand (2008) e Gottems (2010).

Primeiro, é importante ressaltar que o Distrito Federal, representa uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situado no centro-oeste, tem como capital a cidade de Brasília, não possui municípios e dessa forma é dividido em 31 regiões administrativas. No que diz

respeito, a organização administrativa na política da saúde, é realizada através de regionais de saúde que estão ligadas à Secretária de Saúde do Distrito Federal.

Segundo Hildebrand (2008, apud Oliveira, 2012) é possível identificar três períodos importantes e que se destacam na construção da APS no DF. Iniciando por 1959, através do Plano Bandeira de Melo com a criação do Sistema de Saúde do DF, em que se tinham propostas voltadas para “distribuição de centros de saúde e hospitais, por grupos populacionais” (GOTTEMS, 2009, p. 1412). O segundo período, por meio do Plano Frejat, tinha como base os princípios contidos na Conferência de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde, também percebe-se nesse período significativa expansão da APS. O terceiro período corresponde às mudanças ocorridas com a implementação do SUS através da Constituição Federal de 1988 e a instauração do Programa Saúde da Família – PSF.

No que se refere ao segundo e terceiro período, Oliveira (2012), acrescenta as contribuições de Gottems (2010), que pontua cinco planos importante na construção da APS no DF, sendo eles: o Plano Frejat (1979 a 1994) por meio do qual, foi possível perceber, a ineficiência do financiamento e um modelo de saúde hospitalocêntrico; a Proposta de Reformulação do modelo de atenção à saúde no DF (Rema), criado no governo de Cristovam Buarque, ocorreu no período de 1995 a 1998, apesar de limitações, tornou-se importante para a criação do Programa Saúde em Casa (PSC) que conseguiu solucionar problemas básicos de saúde no DF; o Programa Saúde da Família (1999 a 2002) no DF que é implementado no governo de Joaquim Roriz remetendo a práticas de cunho conservador e rompendo com Convênio com a SES-DF; o PFS(Programa Família Saudável), no período de (2003 a 2006) em que ocorrem denúncias de irregularidade relacionadas aos recursos da saúde e também são feitas parcerias com entidades privadas como por exemplo com a Fundação Zerbini, o PSF é implementado a partir de 2004 e por fim, o Programa/ Estratégia de Saúde da Família (2007 a 2009) que tem através da expansão e qualificação deste programa o objetivo de conseguir reorganizar a APS no DF, também é desfeita totalmente, a parceria entre a Fundação Zerbini e abandona-se o PFS (OLIVEIRA, 2012).

É possível dessa forma, perceber a relevância dos períodos entre 1893 e 1990, em que ocorreu a I Conferência de Saúde do Distrito Federal (GÖTTEMS, 2009), e foram pontuados os problemas de maior relevância no que estava relacionado a gestão SES-DF à APS, dentre eles: “[...] (as) distorções na utilização nas unidades básicas de saúde advindas da padronização do atendimento, e o autoritarismo na implantação do modelo de atenção, em que não se tinha a participação da sociedade, assim como de profissionais de saúde” (GÖTTEMS, 2009).

Outro momento relevante, foi à criação do Sistema Único de Saúde, materializado por meio da Constituição Federal de 1988 e regulamento pelas Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, de 1990.

É notório relembrar que no Distrito Federal, a APS consolidou-se por meio da II Conferência de Saúde do Distrito Federal, no entanto, sua efetivação ocorreu através dos seguintes programas: “1997-1998: Programa Saúde em Casa; 1999-2003: Programa Saúde da Família; e 2004: Programa Família Saudável” (HILDERBRAND, 2008 *apud* OLIVEIRA, 2012, p 129-130).

No que diz respeito ao processo de reconstrução da APS Distrito Federal, Gottems (2010, *apud* Oliveira, 2012, p. 137) revela a “evidência da sobreposição dos níveis nacional e distrital na definição da política de saúde, prevalecendo a centralização do poder decisório e a baixa participação da população. ”

No ano de 2016 ocorreu o Seminário Brasília Saudável – A Atenção Primária à Saúde resolutiva no Distrito Federal em que segundo informações da Agência Brasília⁸ o programa Brasília Saudável estabelece a atenção primária com foco na Saúde da Família. A implementação deverá ocorrer primeiramente em 15 unidades da Ceilândia, região que se configura com o maior número de habitantes no Distrito Federal. Pretende-se desta forma, em três anos que o Programa Brasília Saudável eleve a cobertura de atenção primária em Ceilândia.

Ainda conforme a Agência Brasília, o novo modelo de gestão do governo de Brasília também propõe parceria com organizações sociais em seis unidades de pronto-atendimento. A iniciativa já foi realizada com êxito no Rio de Janeiro, que conseguiu aumentar a cobertura da atenção primária, em oito anos, de 7% para mais de 70% da população.

Hoje em dia, o CONASS tem trabalhado em seu Planejamento Operacional com foco nas propostas do Seminário para Construção de Consensos, realizado em julho de 2015. Nesse Seminário, percebeu-se diversas propostas que visam ações do CONASS junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de apoio em diversas áreas do SUS como na Atenção Primária.

Dessa maneira, na área da Atenção Primária iniciou-se a realização de oficinas de Planificação da Atenção Primária e que a partir de 2017 serão ampliadas para promover a integração com a Atenção Ambulatorial Especializada.

⁸ Disponível em < <http://www.conass.org.br/secretaria-de-saude-do-df-apresenta-programa-brasil-saudavel-a-atencao-primaria-a-saude-resolutiva-no-distrito-federal/>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2017.

1.4 O contexto histórico da formação do consultório de/ na Rua

O presente tópico irá tratar sobre o dispositivo da saúde intitulado a princípio de Consultório de Rua e mais tarde de Consultório na Rua, trazendo uma breve contextualização histórica, quais as mudanças ocorridas para além da nomenclatura e as legislações que regem esse serviço.

Consultório de Rua

O Consultório de Rua é uma experiência que surgiu em 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho no início dos anos noventa, com o intuito de responder ao então problema das crianças em situação de rua e ao uso de drogas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O projeto foi concretizado pela primeira vez, através de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador, no início de 1999. A experiência foi possível pelos próximos oito anos, através do apoio financeiro de outras instâncias governamentais, como por exemplo do Ministério da Saúde, das Secretarias Nacional Sobre Drogas –SENAD, Combate à Pobreza e do Trabalho e da Ação Social do Governo do Estado da Bahia (OLIVEIRA, 2009).

Em maio de 2004 o Consultório de Rua foi então implantado no primeiro CAPS AD de Salvador, onde permaneceu até dezembro de 2006. Dessa maneira, o CETAD, assim como o CAPS AD, permitia que fosse realizada uma avaliação de como estava o funcionamento do consultório de Rua por meio da rede institucional de serviços para usuários de álcool e outras drogas. O trabalho realizado de forma articulada com o CAPS AD acabou demonstrando que atuando como uma retaguarda do Consultório de Rua era perceptível o aumento da quantidade de encaminhamento e a inserção na rede dos usuários mais comprometidos com o uso e em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2014).

A relevância da experiência ocorrida a partir de 1999 até 2006 permitiu elaborar uma pontuação acerca da importância deste dispositivo como uma alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social, e com dificuldade em aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede e de ser atendido na mesma (OLIVEIRA, 2009). Deste modo, em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, por intermédio de ações

realizadas na rua com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que consomem álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

Os Consultórios de Rua abrangem uma modalidade de atendimento extramuros voltada para usuários de drogas que se encontram em extrema vulnerabilidade social e distantes da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínicos comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades da população em situação de rua. Promovendo maior acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. A estrutura de funcionamento é composta por uma equipe com formação sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos técnicos de enfermagem e educadores sociais (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento de suas atividades também faz necessário um carro do tipo perua (“van ”), utilizado para fazer o deslocamento da equipe profissional e dos materiais necessários à realização das ações. O carro, além de servir para transportar a equipe e os insumos, tem também a função importante de se tornar para os usuários do serviço uma referência. Para isso, é necessário que o veículo apresente a identificação institucional, com o nome Consultório de Rua –SUS. É relevante também, estabelecer horários e locais de encontro, pois é importante criar uma referência e tornar o contato mais acessível para a população em situação de rua (BRASIL, 2014).

Portanto, a equipe tem a missão de explicar para a população o propósito do Consultório de Rua, e assim demonstrar a diferença deste dispositivo de outras ações desenvolvidas na rua, que muitas vezes tem um cunho apenas curativo, conquistando assim gradativamente seu espaço e projetando o Consultório de Rua como um dispositivo do Campo da Saúde.

Consultório na Rua

A proposta do Consultório na Rua tem como intenção ampliar o acesso da população em situação de rua ao SUS e proporcionar uma atenção integral à saúde a esta população por meio das equipes e serviços da Atenção Primária.

A passagem do CR, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012 para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa apenas uma mudança de

nomenclatura, Consultório “de” para Consultório “na” Rua, mas mudanças relacionadas as diretrizes estratégicas deste dispositivo, além de atender ao desejo do Governo do Brasil, em prevenir o consumo e a dependência de drogas como o crack e o álcool. Representando também a luta de movimentos sociais, que mostraram as muitas outras necessidades de saúde da população em situação de rua, que contempla necessidades maiores do que apenas a redução de danos e atenção à dependência química de álcool e outras drogas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Ainda de acordo com os autores citados acima, em 2011, como desdobramento do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o MS adotou o CR como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família ao invés de extinguir um em detrimento do outro. Em 2012, com a interposição do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a rede básica participa com as UBS e os CR.

O consultório na rua tem como foco a atenção para a população de rua. População essa que tem como principais motivos para viver na rua segundo pesquisas, o consumo de álcool e drogas, desemprego e desavenças familiares. Essa população sofre com riscos à saúde relacionados à violência; variação climática; alimentação incerta; relações sexuais desprotegidas; falta de acesso à água limpa e locais para higiene pessoal e necessidades fisiológicas; sono inadequado; dentre outros fatores. A população em situação de rua também sofre com questões psicossociais, pois encontram-se em condições de vulnerabilidade e na maioria das vezes com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, além do estigma que torna-se um grande motivo de sofrimento emocional para os mesmos (SANTANA, 2014).

A população em situação de rua, é vista pela sociedade de maneira geral como um grupo indesejável, os usuários das unidades de saúde não se sentem à vontade dividindo o mesmo espaço, as pessoas têm medo quando localizam alguém em situação de rua na frente da sua casa, comerciantes tem receio que tal população afaste clientes e até as próprias políticas públicas muitas vezes querem retirar o seu direito de ir e vir. Esse contexto, denota um reflexo da exclusão social, da lógica capitalista de apropriação privada do espaço mediante o pagamento do valor da terra, não possuindo condições necessárias para comprar ou alugar uma moradia, sem opções, o que resta é fazer das ruas da cidade sua residência.

Carbonari (2007) diz que a construção dos direitos humanos se faz todo dia, se faz com lutas concretas, se faz nos processos históricos que acabam por afirmar e inovar os direitos

a todo tempo. Direitos humanos “é, acima de tudo, compromisso com a realização efetiva da dignidade de cada pessoa e de todas as pessoas. Enquanto uma só pessoa tiver um de seus direitos violados ou ainda não realizado estar-se-á longe de ser uma sociedade justa e de paz” (CARBONARI, 2007, p. 66).

Ao pensarmos na população em situação de rua é impossível não fazermos também uma relação com as inequidades em saúde, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são inevitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead (2004). Não é de agora que se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão diretamente ligados às formas que se organiza a vida social.

O Brasil é um país que:

carrega um fardo duplo, pois para além das graves iniquidades relacionadas com a distribuição de riqueza, existe ainda grandes setores da população que vivem em condições de pobreza, sequer podendo ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. (CARVALHO; BUSS, 2009, p. 159).

Dessa forma, é possível perceber a vulnerabilidade que a população de rua está exposta. A vulnerabilidade pode ser considerada extrínseca e intrínseca:

Existem muitas fontes de vulnerabilidade, mas é possível estabelecer uma tipificação básica: a) vulnerabilidade extrínseca – ocasionada por *circunstâncias externas*, como falta de poder socioeconômico, pobreza, falta de escolaridade ou carência de recursos; e b) vulnerabilidade intrínseca – causada por características que têm a ver com os próprios *indivíduos*, tais como doença mental, deficiência intelectual, doença grave, ou os extremos de idade (crianças e idosos). Ambos os tipos de vulnerabilidade, extrínseca e intrínseca, levantam questões éticas em relação à participação em pesquisa. Eles podem ocorrer isolada ou concomitantemente. Em particular, as pessoas com vulnerabilidade intrínseca frequentemente também são extrinsecamente vulneráveis, pois geralmente não têm poder e provavelmente vivem na pobreza e sem acesso à educação. (BALLANTYNE; ROGERS, 2008, p. 32).

A vulnerabilidade que a população em situação de rua está exposta é extrínseca como intrínseca.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou no Brasil⁹ entre os anos de 2007 e 2008 uma pesquisa em 71 cidades brasileiras que apresentavam população superior a 300 mil habitantes (exceto São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre). Os resultados dessa pesquisa foram divulgados em 2008, revelando que 31.922 pessoas utilizam as ruas como forma de moradia no país. No entanto, esses números são ainda maiores, pois cidades importantes e com muitos habitantes não fizeram parte desse levantamento (CERQUEIRA; FRANCISCO, s.d.).

⁹ Disponível em: < <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/populacao-situacao-rua.htm>>. Acesso em: 08 de dezembro de 2016.

Ainda segundo os autores supracitados, apesar de existirem alguns programas sociais, poucas políticas públicas são desenvolvidas para solucionar essa questão social. As Organizações Não Governamentais (ONGs) e as Instituições Religiosas se destacam nos serviços de amparo a essas pessoas, atuando por exemplo na distribuição de alimentos, roupas e cobertores. Outro trabalho também desenvolvido, no âmbito da assistência são os abrigos temporários e os albergues que, de um modo geral, são considerados insuficientes para suprir a demanda dessa população. Fica perceptível, tamanha necessidade de atenção a essa população, o consultório na rua vem como um dispositivo de saúde, com equipe especializada para atendê-los.

As equipes do Consultório na Rua são compostas pelos chamados agentes sociais, ou seja, profissionais de diversas áreas que desempenham atividades para garantir atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social. O Consultório na Rua consiste na busca ativa de pacientes em situação de rua, através de equipes multidisciplinares com pelo menos quatro profissionais, como por exemplo: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes, técnicos de enfermagem, médicos e profissionais com formação em arte e educação. Quando necessário, a pessoa em atendimento é levada para Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atuação pode ser feita a qualquer tipo de necessidade de saúde, como o pré-natal: a gestante pode ser acompanhada onde ela está e os profissionais podem vincular a mulher a uma UBS para que faça os exames e procedimentos necessários. Dessa maneira, agrega-se também conhecimentos básicos relacionados a redução de danos, questões educativas e culturais, encaminhamentos para rede de saúde e intersetorial e é realizado o cuidado das pessoas em situação de rua (VARGAS, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), as Equipes de Consultório na Rua estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e são divididas em três modalidades. Confira abaixo:

- Modalidade I

Formada minimamente por quatro profissionais, a equipe é composta por agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, professor (profissional) de educação física e profissional com formação em arte e educação, enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.

- Modalidade II

Formada minimamente por seis profissionais, a equipe é composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de

enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, professor (profissional) de educação física e profissional com formação em arte e educação

- Modalidade III

Esta modalidade segue os padrões da Modalidade II, com o acréscimo de um profissional médico

A portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 irá definir as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua levando em consideração a demanda do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, de instituição de equipes de Atenção Básica atendendo as especificidades dessa população; e considerando a necessidade de integração intersetorial entre as Políticas de Saúde e as demais políticas públicas, visando a melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua.

A portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012 irá definir os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Enquanto a portaria nº 1.922, de 5 de setembro de 2013, altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua. Outra portaria importante é a nº 1.029, de 20 de maio de 2014 amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Por fim, a portaria nº 1.238 de 6 de junho de 2014 que irá fixar o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua baseado nas diferentes modalidades.

CAPÍTULO 2: O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE FRENTE A ATUAL CONJUNTURA BRASILEIRA

Trata-se neste segundo capítulo, sobre o exercício profissional na conjuntura contemporânea em que se encontra o Brasil, a relação direta do projeto profissional com a questão social e o quanto a mesma interfere na vida dos indivíduos como um todo, em áreas importantes como a saúde.

2.1 O exercício profissional e a questão social na atual conjuntura e os desafios para o Serviço Social

O presente tópico irá explorar a questão social e a atual conjuntura brasileira, as consequências para o mundo do trabalho e para o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sócio técnica do trabalho. As mudanças sociais e econômicas que vem ocorrendo, reforçam a necessidade de apesar dos obstáculos encontrados no exercício profissional, a categoria dos assistentes sociais resistir e lutar, para que o futuro apresente um cenário mais positivo.

A partir da metade dos anos de 1970, evidencia-se a crise do capitalismo de base keynesiano- fordista e com isso percebe-se também mudanças relacionadas a questão social, pois existe uma ligação direta entre o capitalismo e o mercado de trabalho, o Estado e as políticas públicas.

Inicia-se então, o chamado processo de flexibilização do trabalho e dos direitos daí derivados são elementos da nova morfologia do trabalho (ANTUNES, 2005), no que diz respeito a reestruturação produtiva e das políticas neoliberais, a partir do suposto receituário para enfrentamento da crise do capital diante dos seus processos de mundialização e financeirização.

Um contexto que caminha para o retrocesso, perda de direitos, conquistados na base de muita luta. Um contexto societário, que agora remete a tendência de extinção de um trabalho regulamentado e contratado, que traz à tona outras discussões importantes como a saúde do trabalhador e o adoecimento físico e mental advindos do trabalho.

A precarização imposta também irá atingir o trabalho do Assistente Social, pois estamos em um momento em que se encontra latente alguns pontos como a intensificação do

trabalho, cobranças para o aumento de produtividade e resultados, precárias formas de contratação, etc.

O Serviço Social brasileiro, apesar desse contexto, tem vivenciado avanços nas últimas três décadas segundo Raichelis (2011), no sentido de adensamento e renovação teórico-metodológico e ético-política, qualificação de sua produção científica, bem como o fortalecimento de entidades científicas e de representação política.

A partir da década de 1980 é possível perceber uma importante inflexão teórica na interpretação teórica da profissão, com uma análise de Iamamoto e Carvalho (1982), levando em consideração a teoria social de Marx, se faz uma análise inaugural no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, sem deixar de lado, sua inserção na divisão social e técnica do trabalho e reconhecendo o assistente social como um trabalhador também assalariado.

Dessa maneira, pode-se afirmar que o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo e que é possível identificar:

o seu sujeito vivo como trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho coletivo, e identificar o seu sujeito vivo como um trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho a empregadores diversos, como o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais. Trata-se de uma interpretação da profissão que pretende desvendar suas particularidades como parte do trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é a ação isolada de um indivíduo, mas é sempre atividade coletiva de caráter eminentemente social. (RAICHELIS, 2011, p. 423).

O Serviço Social emerge em meio a uma sociedade capitalista, em que a questão social, baseado em seu caráter de classe, vai demandar do Estado mecanismos para além do econômico, mas também, políticos e sociais. E é nesse contexto, que segundo Raichelis (2011) circunscreve as condições concretas para que o trabalho do assistente social ingresse no processo de mercantilização e no universo do valor e da valorização do capital, móvel principal da sociedade capitalista.

Segundo Santos (2012), a compreensão do Serviço Social em relação à questão social deve partir de duas premissas, de acordo com as produções marxistas no campo do Serviço Social. Uma delas é considerar que a demanda social é fruto da exploração do trabalho pelo capital; e a outra é entender que as lutas dos trabalhadores estão voltadas para primeira premissa, na sua produção e reprodução do capitalismo.

É perceptível dessa forma, a importância que as discussões voltadas para o mundo do trabalho no Serviço Social, facilitam a compreensão da questão social na sua totalidade, e de que maneira repercute nas relações sociais.

[...] as mediações em questão é a que aponta a necessidade de tê-las em conta no debate contemporâneo sobre a “questão social”. Considero especialmente importante que tais mediações sejam incorporadas no debate realizado no interior do Serviço Social como explícita preocupação de captar as “mudanças no mundo trabalho”, essenciais à compreensão da “questão social” na atualidade. Percebo que muitas análises referidas costumam utilizar apenas referência do nível da universalidade para reconstruir o contexto da acumulação flexível e seus impactos em termos da desregulamentação do trabalho no Brasil. (SANTOS, 2012, p. 177).

Mudanças essas, que contribuem para o aumento das expressões da questão social que:

[...] condensa o conjunto das desigualdades sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando a plenitude de suas expressões enfatizassem tempo de capital fetiche. As configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto às dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. Ela expressa, portanto, uma arena de luta políticas e culturais, disputa em projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condição das políticas econômicas e sociais, que trazem o seio das particularidades históricas nacionais. (IAMAMOTO, 2008, *apud*, OLIVEIRA, 2012, p. 44).

As condições atuais do capitalismo contemporâneo – globalização financeira dos capitais e sistemas de produção apoiados intensivamente nas tecnologias de informação – promovem expressivas mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho, decorrendo daí a existência de amplos contingentes de trabalhadores/ flexibilizados, informalizados, precarizados, desprotegidos de direitos e desprovidos de organização coletiva (ANTUNES, 2005).

A questão social dessa forma, torna-se indissociável da sociabilidade capitalista e conforme Iamamoto (2009) envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas. Dispondo de uma estrutural – enraizada na produção social contraposta à apropriação privada do trabalho, a “ questão social” atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania. (IANNI, 1992), no embate pelo respeito aos direitos civis, políticos e sociais.

Atualmente, é possível perceber nitidamente esse contexto, em proposta voltadas para o congelamento de gastos sociais, com saúde, educação, reformas na previdência, planos populares de saúde em que a população que tem participado de movimentos contrários a tudo isso, estudantes que tem ocupado escolas e Universidades brasileiras estão sendo colocados

como vândalos, marginais, criminalizados por estarem lutando enquanto trabalhadores, usuários do serviço público, enfrentando um Estado repressor a favor de interesses dominantes.

Em meio a essa conjuntura delicada, está inserida a atuação do/da assistente social, respaldado por um projeto ético-político que procura compreender uma visão de mundo, pautado em uma ética que tem como intuito interferir no comportamento dos homens relacionados aos seus conflitos sociais.

Segundo Iamamoto (2009) são inúmeros os desafios profissionais e acadêmicos que se apresentam na atualidade, dentre os quais:

- 1) A exigência de rigorosa formação teórico-metodológica que permita exemplificar o atual processo de desenvolvimento capitalista sob hegemonia das finanças e o reconhecimento das formas particularidades pelas quais ele vem se realizando no Brasil, assim como suas implicações na órbita das políticas públicas e consequentes refrações no exercício profissional;
- 2) Rigoroso acompanhamento da qualidade acadêmica da formação universitária ante a vertiginosa expansão do ensino superior privado e da graduação a distância no país,
- 3) A articulação com entidades, forças políticas e movimentos dos trabalhadores no campo e na cidade em defesa do trabalho e dos direitos civis, políticos e sociais;
- 4) A afirmação do horizonte social e ético-político do projeto profissional no trabalho cotidiano, adensando as lutas pela preservação e ampliação dos direitos mediante a participação qualificada nos espaços de representação e fortalecimento das formas de democracia direta;
- 5) O cultivo de uma atitude crítica e ofensiva e ofensiva na defesa das condições de trabalho e da qualidade dos atendimentos, potenciando a nossa autonomia profissional.

Dessa forma, é relevante refletir que “os homens simples” IANNI (1975, apud IAMAMOTO, 2009) também tecem as linhas da história com suas lutas, reivindicações e conformismos. É preciso compreender os processos históricos, sociais que o povo brasileiro enfrentou e continua enfrentando, para que se tome medidas que sempre levem em consideração o jogo imposto pelas forças sociais. As expressões da questão social cada vez mais latentes, transformando um desafio o seu enfrentamento por meio de um projeto ético-político, e uma atuação que consiga de alguma forma encontrar novos caminhos e subsídios para auxiliar a emancipação

política e humana das classes que não possuem o poder de deter os meios de produção e precisam lutar por seus direitos, em meio a um Estado omissor e repressor que sempre tende a permanecer a favor da classe dominante (IAMAMOTO, 2009).

2.2 O projeto profissional e a dimensão ética-política no Serviço Social.

A discussão sobre o que vem sendo denominado de projeto ético-político do Serviço Social é algo recente, por volta dos anos noventa do século XX. No entanto, o processo para sua construção e debate é de longa data, iniciado entre as décadas de 1970 à de 1980. Momento muito importante no Serviço Social, em que se presencia a denúncia e o enfrentamento ao conservadorismo que está posto (NETTO, 2007).

Sabe-se que historicamente a profissão foi marcada por um conservadorismo moral e político. Barroco (2009) afirma que no Brasil, os Códigos de Ética profissionais, exemplificam tal cenário, pois entre 1947 (data do primeiro Código) e 1986 (quando é rompida a concepção tradicional), passaram-se 38 anos de vigência de Códigos pautados na perspectiva ética conservadora.

Ao se pensar em projeto profissional, é preciso refletir também sobre projeto societário. Segundo Netto (2007) interessa-nos tão somente um tipo de projeto societário que designamos, como projetos societários. Trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la.

Quando nos referimos em sociedade como a nossa, os projetos sempre carregam interesses de grupos, como projetos de classe. Dessa forma, Netto (2007) revela que nos projetos societários (como aliás, em qualquer projeto político) há necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder. É claro que esta dimensão não pode ser diretamente identificada com posicionamentos partidários, ainda que se considere que os partidos políticos sejam instituições indispensáveis e insubstituíveis para a organização democrática da vida social no capitalismo contemporâneo.

Assim sendo, o projeto societário é uma resposta para desigualdades ocasionadas com as classes subalternas e a classe trabalhadora, em que a dimensão política é fundamental para a construção de uma nova ordem societária que preconiza a igualdade social, econômica e política.

Os projetos profissionais:

[...] apresentam auto-imagens da profissão, elegem os valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as profissões com as organizações e instituições sociais privadas e pública (inclusive o Estado, a que o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 1999, p. 04).

O Serviço Social no Brasil, tem como organizações o: CFESS/ CRESS, ABEPS, a ENESSO, as demais associações de assistentes sociais e também os sindicatos.

O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro se destaca e é diferente de qualquer outro projeto, pois tem um compromisso em transformar a sociedade

Segundo MOTA (2009), os elementos constitutivos do projeto ético político do Serviço Social que o materializam em meio ao processo sócio- histórico da profissão. São eles:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores éticos-políticos;
- b) o segundo se refere à matriz teórica-metodológica em que se ancorar;
- c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – a da sociedade do capital- que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exibe uma produção monumental de riquezas;
- d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira

A partir dos anos 1970, o Serviço Social, inicia a construção de um projeto que tem comprometimento com a classe trabalhadora. Os princípios e ideais do movimento de Reconceituação contribuíram para tal construção. O movimento alcançou vários países da América Latina no final dos anos 60, onde muitos profissionais e estudiosos começaram a perceber e questionar mudanças que estavam ocorrendo no âmbito principalmente social e econômico por consequência da expansão do capitalismo em nível mundial.

Sabe-se que tal mudança começou politicamente em 1979, com a realização do III CBAS, na cidade de São Paulo, quando uma vanguarda profissional de forma organizada segundo Teixeira e Braz (2009) virou a página do Serviço Social brasileiro ao destituir a mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura, substituindo-os por nomes advindos do movimento dos trabalhadores. Esse congresso ficou conhecido como o “Congresso da Virada”.

O Código de 1986, conforme Barroco (2009), não foi desenvolvido de forma suficiente em sua parte operacional e em seus pressupostos teóricos, orientados pelo marxismo. Com o objetivo de ampliá-los, foi feita a reformulação de 1993.

Ainda segundo a autora, o Código de 1993 afirma a centralidade do trabalho na constituição do homem: sujeito das éticas e da criação dos valores.

Nos anos posteriores da década de 1990 foi um momento de ampliação de conhecimentos. Os próprios CBAS, trazem à tona, um aumento incontestável de conhecimento e também participação numérica dos assistentes sociais.

Nessa época também, foi possível sentir os impactos das estratégias capitalista, um momento marcado pela perda de direitos conquistados historicamente e mesmo assim foi em tal momento que o projeto ético político se consolidou, onde os movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras encontravam-se organizados e mobilizados conseguindo abarcar muitos setores da sociedade, inclusive os assistentes sociais, o que foi muito importante rumo a avanços relacionados ao projeto ético- político.

Dessa maneira, hoje em dia o Serviço Social procura:

[...] buscar prontamente soluções à pluralidade de questões que lhe são colocadas, para o que necessita de fundamentos teóricos metodológicos e de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica. É a sua inserção na divisão social e técnica do trabalho da sociedade capitalista, sua localização na estrutura sócio-ocupacional e sua funcionalidade na sociedade burguesa, construída no espaço de mediação entre classes e Estado, que atribui à intervenção um caráter político. (GUERRA,2003 p. 47).

A autora nos faz refletir em relação a necessidade de fundamentos teóricos metodológicos, de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica e a percepção de que a intervenção do assistente social possui um caráter político principalmente em uma sociedade de classes. Dessa forma, estão colocadas as dimensões que dão norte ao exercício profissional: a dimensão teórico-metodológica, a dimensão ético-política e a técnico-operativa.

É importante ressaltar que às três dimensões supracitadas, dizem respeito a totalidade formada pelas dimensões que compõem o exercício profissional, em que cada uma delas tem suas particularidades e, de acordo com Guerra (2013), embora em algumas situações determinadas possa haver o predomínio de uma sobre a outra, ainda assim, elas mantêm uma relação de unidade.

A materialização da dimensão ética-política se dá pelo Código de Ética de 1993, que estabelece os princípios e as diretrizes da profissão na defesa dos interesses da classe. Tendo como princípios:

I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas e a elas inerentes-autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do árbitro e autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto a sociabilização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivado o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; [...] (BRASIL, 1993, p.23-24).

Para fiscalizar e colocar em prática os princípios do Código de Ética e discussões, as entidades tornam-se ferramentas fundamentais na luta contra a conjuntura contemporânea. Sendo elas: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS, entidade responsável pelo ensino e pesquisa no Serviço Social; Executiva Nacional de Serviço Social - ENESSO, entidade representativa dos estudantes de Serviço Social e o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, entidade pública, responsável por defender, fiscalizar e normatizar o exercício do assistente social juntamente com os Conselhos Regionais de Serviço Social-CRESS.

Yasbek (2009) relembra o quanto é preciso reafirmar as bases teóricas do projeto ético político, teórico-metodológico e operativo, centrado na tradição marxista, não pode limitar o diálogo com outras matrizes de pensamento social, e nem colocar as respostas profissionais aos desafios desse novo cenário como homogêneas.

2.3 O Serviço Social e suas particularidades na área da Saúde.

A formação do/ a assistente social é de cunho generalista, dessa maneira não se forma um assistente social especialista, por exemplo, em saúde ou assistência social. Durante a graduação tem-se o contato com disciplinas relacionadas com a Seguridade Social, proporcionando a oportunidade de contato com áreas de atuação do assistente social como a saúde, previdência e assistência, no entanto o foco permanece no objeto de atuação que diz respeito as expressões da questão social.

Em pesquisa realizada pelo conjunto CFESS/CRESS relacionada ao mercado de trabalho do assistente social em nível nacional (2005) foi possível perceber que os assistentes sociais continuam sendo trabalhadores assalariados, principalmente dos organismos governamentais, com ênfase para o campo da seguridade social nas políticas de saúde e assistência social.

Conforme Bravo (2006) os riscos da ação profissional no sentido da garantia de direitos universais, apontando as ameaças presentes na disputa entre o projeto privatista de cuidados de saúde e o projeto de reforma sanitária.

Como consequência das lutas realizadas pelos movimentos populares e sindicais, é possível perceber que a área da saúde, foi a que conseguiu maior êxito no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, como se constata na Constituição Federal de 1988.

Conforme Bravo (1996, apud, MATOS 2003), a inserção e atuação do Serviço Social na saúde ocorreu inicialmente no âmbito curativo e com abordagem centrada no indivíduo, contexto que irá mudar apenas na década de 1980.

Segundo a autora supracitada (2006), o Serviço Social irá conquistar um espaço na saúde, durante 1930 a 1979, em consequência de mudanças da política de saúde no Brasil. A expansão do Serviço Social, assim como a ação profissional aconteceu partir de 1945, pois vivia-se o avanço do capitalismo no Brasil e as mudanças no panorama internacional, ocasionadas pelo término da Segunda Guerra Mundial.

Bravo ainda irá pontuar que uma das razões que faz com que a área da saúde amplie o espaço ao Serviço Social é o novo conceito de saúde, elaborado pela OMS em 1948, que enfatiza os aspectos biopsicossociais, vinculados ao agravamento das condições de saúde da população, exigindo dos serviços de saúde um trabalho em equipe multidisciplinar. O assistente social neste aspecto enfatizou suas atividades em prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde

Outra questão que também influenciou o Serviço Social em relação a saúde foi a modernização ocasionada em relação as políticas sociais, e levou a uma ação sedimentada principalmente no que diz respeito a assistência médica previdenciária. A partir da década de 1980 devido um movimento na saúde coletiva existe uma ampliação do debate teórico, em parceria com o movimento de ruptura com a política de saúde vigente e a construção da reforma sanitária, em um processo de negação do Serviço Social Tradicional (BRAVO, 2006).

Dessa forma, o exercício profissional do assistente social na área da saúde, até final dos anos 70 e início dos anos 80, tinha como base apenas o indivíduo, ou seja, as atividades realizadas pelo assistente social voltavam-se para o modelo assistencial privatista, que dentre outros aspectos centrava na assistência à saúde, numa lógica biologistica, hospitalocêntrica, individual e curativa. Para além disso, é notório que as práticas eram tratadas de forma isolada sem a perceber a totalidade da situação, em que se priorizava a concepção de saúde apenas como ausência de doença.

Para (BRAVO, 2006) o distanciamento dos preceitos profissionais e da reforma sanitária gera preocupações no sentido de que o assistente social passa a exercer outras atividades, não se identificando mais como tal, e assim, exerce apenas ações que lhe são dirigidas, distanciando-se do objetivo da profissão, que na saúde contempla a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença.

Uma das ações que cabe a este profissional é a formulação de estratégias nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, articuladas com outros segmentos que defendem o SUS (MATOS, 2003, apud, BRAVO, 2006). A autora reforça a ideia que os Assistentes Sociais têm como desafio o enfrentamento da defesa da democracia e das políticas públicas, em prol de um trabalho contrário ao projeto neoliberal ao qual serve o projeto privatista da saúde.

Para Vasconcelos (2006) um dos conflitos enfrentados pela categoria é trabalhar demandas, exigências imediatas (dor, sofrimento, condições de vida etc.), sem perder a perspectiva de médio e longo prazo, ou seja, dar respostas a estas questões, sabendo que elas não se resolverão nesta organização social colocada atualmente, onde o Estado se desresponsabiliza da questão social e culpabiliza o indivíduo, através de políticas focalistas.

Conseguir atender as necessidades da população que estão relacionadas à saúde “requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas dependendo da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque” (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

Dessa maneira, é necessário adotar uma visão em relação à saúde, em que os determinantes sociais, atuem como estruturantes no processo saúde-doença e por consequência transformar o exercício profissional do assistente social no campo da saúde, um espaço de maior centralidade. Reafirmando tal fato, a exigência de indicadores sociais, além de epidemiológicos, para o planejamento das ações relacionadas à atenção básica (Brasil, 2006).

CAPÍTULO 3: ANÁLISE DE DADOS

O terceiro capítulo contempla a análise das informações advindas da pesquisa de campo, que abrangeu o questionário online e entrevista semiestruturada. O universo da pesquisa contempla dois Consultórios na Rua do Distrito Federal, com um total de dois assistentes social, sendo um/a profissional por consultório na rua. Dos dois assistentes sociais que participaram da entrevista semiestruturada, um/uma destas respondeu ao questionário online.

A pesquisa de campo é uma oportunidade valiosa, para a compreensão das dimensões teórico – metodológica, ética – política e técnica – operativa do trabalho profissional, de modo a contribuir para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho de conclusão de curso, ou seja, identificar as principais ações, atribuições e competências do Assistente Social no Consultório na Rua e analisar quais os desafios, limites, avanços, condições de trabalho, particularidades desse profissional na instituição. A teoria é muito importante para que se estabeleça generalizações e também de sistemas de relações entre preposições. Através de uma teoria, é possível verificar que por trás de dados, existe uma série de observações, que sugerem a existência de suposições sobre a relação entre as variáveis de estudo (GOODE; HATT, 1969 apud NEVES; DOMINGUES, 2007).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em conjunto com um outro estudante de serviço social que participa do grupo de pesquisa ao qual este trabalho está vinculado. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos sujeitos da pesquisa e foram transcritas na modalidade *in verbatim* (transcrição literal das palavras dos entrevistados).

Após a transcrição, procedeu-se o processo de análise dos dados por meio de leituras sucessivas e análise das falas, de modo que suscitou a identificação de categorias teóricas e empíricas, visando ordenar os relatos em eixos temáticos.

Por questões que envolvem o sigilo dos entrevistados/das não serão mencionados nomes nesta análise, e para melhor compreensão, os participantes da pesquisa de campo serão denominados como sujeitos/as, sujeito/a X e sujeito/a Y. Salienta-se que o sujeito denominado X, além de participar da entrevista, também respondeu ao questionário online.

Ambos os sujeitos entrevistados são do sexo feminino, atuam na Secretaria de Saúde do Distrito Federal- SES/DF, na função de Assistente Social sob regime estatutário. A participante Y, já atuou na função de Coordenadora do Consultório na Rua anteriormente.

Ambos assistentes sociais atuam na área da saúde, em especial, por cerca de 3 anos, com renda individual média entre 10 a 12 salários mínimos, com uma jornada de trabalho semanal de 40 horas (sujeito X) e de 40/45 horas semanais (sujeito Y). O artigo 5º da portaria Nº 122/ 2011 estabelece que as equipes do Consultório na Rua devem cumprir carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais.

A seguir o quadro abaixo apresenta as características relacionadas ao perfil sócio demográfico dos sujeitos de pesquisa:

Quadro. 01. Perfil sócio demográfico dos sujeitos.

Sujeito/a X	Sujeito /a Y
Idade: 29 anos	Idade: 55 anos
Possui filhos: não	Possui filhos: sim
Renda individual (média em SM): 10 SM	Renda individual (média em SM): 12 SM
Carga horária de trabalho semanal: 40 horas	Carga horária de trabalho semanal: 40/45 horas
Atuação no Consultório na Rua: 3 anos e 6 meses	Atuação no Consultório na Rua: 3 anos
Graduação concluída em: 2010	Graduação concluída em: 2007
Especialização: não possui	Especialização: Gestão de Projetos Sociais

Os sujeitos da pesquisa são Bacharel em Serviço Social. Apenas o sujeito Y possui especialização em Gestão de Projetos Social, concluída no ano de 2010. Possuem experiências anteriores trabalhando como assistente social, por exemplo, em casa de acolhimento, programa de proteção voltado para criança e adolescente e órgãos como CRAS e CREAS.

Ambos os sujeitos/as procuram manter-se atualizadas em relação à profissão por meio de palestras, cursos, fórum, congressos e afirmaram participar, sempre que possível, de todas as oportunidades de formação ofertadas pela gerência da SES-DF. O sujeito X, afirmou que o seu interesse ultimamente anda mais voltado para Cursos relacionados a área da saúde, saúde coletiva, da atenção primária do que os específicos de Serviço Social.

Em relação a supervisão de estágio, o sujeito X quando respondeu ao questionário on-line não estava supervisionando, no entanto quando questionada na entrevista, já encontrava fazendo supervisão e estava achando a experiência muito boa e sentia-se muito motivada:

(...) para mim está sendo um processo bem bom, porque eu sinto que eu tô me esforçando mais. É um pouco difícil manter a motivação em alguns momentos, sabe...assim, é bem difícil, e eu sinto que as meninas estão me motivando a pensar mais sobre a profissão e tudo mais, e a querer fazer melhor, até uma escuta melhor (...)
(Sujeito/a X).

O sujeito Y, não tem participado de supervisão de estagiários, sob a alegação de que a instituição não apresentava uma estrutura física adequada para receber os estagiários na época e ainda estava aprendendo muito sobre o consultório na rua. No entanto, considera relevante receber estagiários e está se preparando para recebê-los no ano de 2017.

A partir da identificação e caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, na sequência adentra-se na análise e interpretação dos resultados obtidos da pesquisa empírica e da análise realizada por meio de recursos metodológicos da análise temática, visando ordenar os relatos em eixos temáticos, a saber: trabalho em equipe nos Consultórios na Rua, competências e atribuições do Serviço Social no Consultório na Rua, condições de trabalho e formação profissional.

3.1 Trabalho em equipe nos Consultórios na Rua

Atualmente, a maioria das equipes voltadas para o atendimento de pessoa em situação de Rua, estão vinculadas ao Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.

A portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011 irá definir as diretrizes de organização, funcionamento e modalidades das equipes dos consultórios na rua.

Em seu Art. 3º define os tipos de modalidades das equipes dos Consultórios na Rua, sendo elas:

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) dois profissionais de nível superior; e
- b) dois profissionais de nível médio;

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) três profissionais de nível superior; e
- b) três profissionais de nível médio; e

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

O Art. 4º ressalta que a eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- I - enfermeiro;
- II - psicólogo;
- III - assistente social;
- IV - terapeuta ocupacional;
- V - médico;
- VI - agente social;
- VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; e
- VIII - técnico em saúde bucal.

§1º Na composição de cada equipe do Consultório na Rua deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que irá configurar na relação recíproca entre as múltiplas intervenções e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio, seja da comunicação, ou mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 1998).

O Art. 2º da portaria Nº 122/2011 afirma que as equipes do Consultório na Rua são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Dessa maneira, esse dispositivo tem o intuito de ampliar o acesso à rede de atenção, proporcionando da forma mais oportuna o cuidado em saúde, buscando sempre o contato com os outros profissionais da Atenção Básica e de outros serviços.

Segundo Santana (2014), o trabalho multiprofissional das equipes é enfatizado para que se possa lidar com diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, estando nele incluído os cuidados ao usuário de múltiplas drogas.

Conforme a autora, existem pesquisas que revelam que equipes multidisciplinares de Consultórios de Rua dentro de um mesmo Estado, mas trabalhando com metodologias completamente diferentes, com equipes de quantitativos e olhares distintos, uma equipe trabalhava com a concepção de saúde integral, trabalhando em rede e a outra com ênfase predominantemente para a redução de danos, traz a reflexão sobre a forma que estão estruturadas as equipes multidisciplinares, o quanto a não definição pode ou não influenciar na metodologia de trabalho.

Dessa maneira, Santana (2014) reforça que é necessário rever qual é a composição da equipe multidisciplinar das equipes, assim como a qualificação destes profissionais para que de fato seja realizado um trabalho diferenciado.

Outro aspecto importante no trabalho em equipe multiprofissional é a abordagem interdisciplinaridade, ou seja, uma equipe que tem em sua composição várias áreas do saber com diferentes conhecimentos e teorias, mas que compartilham do mesmo objetivo (PEDUZZI, 2001).

O trabalho interdisciplinar, demanda:

a capacidade de expor de forma clara os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir dos conhecimentos e saberes desenvolvidos e acumulados pelas suas áreas. (RAICHELIS 2009, p. 389).

Iamamoto afirma “ tal perspectiva de atuação não leva à diluição das identidades e competências de cada profissão; ao contrário, exige maior explicitação das áreas disciplinares no sentido de convergirem para a consecução de projetos a serem assumidos coletivamente” (2002, p.41).

Desta maneira, pensar no trabalho em equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar nos Consultórios na Rua, requer compreender uma equipe que não prioriza ações isoladas, mas sim de um olhar crítico conjunto. O trabalho em equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar, caminha na perspectiva da integração entre os saberes de modo ao atendimento integral às pessoas em situação de rua. Nessa direção, garantir a integralidade, pressupõe ações de caráter interdisciplinar e intersetoriais, no sentido da contribuição da equipe em assegurar o direito à saúde da população em situação de rua.

Segundo o sujeito de pesquisa Y, “ *o Consultório na Rua dentro da Atenção Básica, ele está para a população em situação de rua, como o posto de saúde está para as demais pessoas da comunidade.* ”

A equipe do Consultório na Rua do sujeito X é composta por um médico, duas psicólogas, um assistente social, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem. É possível perceber no decorrer da entrevista com o Sujeito X, a construção de um trabalho em equipe entre os profissionais do consultório na rua, o que sugere a necessidade permanente de vínculo construído entre a equipe, relação de respeito e diálogo constante. Nas entrevistas, as falas revelaram que o trabalho em equipe não se constitui em um pensar igual entre os membros da equipe, mas a existência de posições e compreensões diferenciadas, de limites e possibilidades entre as diferentes categorias profissionais no seu agir cotidiano e, portanto, requer o diálogo constante com respeito as diferenças.

(...) “ Não é uma equipe que concorda sempre, não é uma equipe que está de acordo com tudo que o outro faça sempre, mas a gente é uma equipe que conseguiu abrir um espaço para as pessoas falarem, é...sobre como está se sentindo em relação ao serviço, como está se sentindo em relação a atuação do outro. Então, com isso, é tipo eu dizendo quais são os meus limites e as minhas possibilidades em relação a minha profissão por exemplo. As outras pessoas vão conseguir entender com maior facilidade. É, porque a gente pensa, todo mundo devia entender, mas não entende, a gente não entende o limite do outro, da profissão do outro e tal, então para mim, eu não vejo outro jeito que não nessa relação de conversa...” (Sujeito/a X).

Outro aspecto relevante acerca do trabalho do Assistente Social na equipe, segundo o sujeito X, refere-se a garantia dos direitos, sem discriminação, inclusive dos próprios profissionais de saúde, como expresso na seguinte fala:

(...)é dizer que todos têm direito, todos tem direito igual, evitar discriminação inclusive dentro do próprio local de trabalho. Não é o caso dessa equipe, porque essa equipe, é uma equipe que realmente tem uma disponibilidade para interação que é muito boa, todo mundo tem essa disponibilidade. Mas é muito comum você ver o assistente social ocupando esse espaço nas instituições que é de afirmar que as pessoas têm direito e preservar, né? (Sujeito/a X).

A equipe que compõem o Consultório na Rua do sujeito Y, é um enfermeiro, um psicólogo, dois técnicos de enfermagem e um agente de saúde pública, que não faz parte da portaria 122 (2011), mas é uma pessoa antiga, segundo o sujeito Y e que está trabalhando desde a inauguração da unidade de saúde e que vem contribuindo no trabalho educativo sobre a saúde do homem, além de auferir pressão arterial. O sujeito faz referência ao trabalho da equipe, a qual considera uma boa equipe, mas a falta de médico e de transporte com o motorista¹⁰, prejudica no desenvolvimento dos trabalhos.

O quadro 2 abaixo, apresenta a composição das equipes do Consultório na Rua (eCR) dos sujeitos de pesquisa.

¹⁰ Com relação a falta de transporte e de motorista para a realização do trabalho da equipe do consultório na rua será descrito e analisado no item, condições de trabalho.

Quadro. 02. Equipe de Trabalho Consultório na Rua.

Assistente Social	Equipe de trabalho
Sujeito/a X	1 médico, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 enfermeira e 4 técnicos de enfermagem.
Sujeito/a Y	1 enfermeiro, 1 psicólogo, 2 técnicos de enfermagem e 1 assistente social.

Percebe-se ao analisar a equipe de ambos os sujeitos de pesquisa, que a equipe do sujeito X, se enquadra na modalidade III e a equipe do sujeito Y está próxima a modalidade II, faltando apenas um profissional de nível médio. Vale ressaltar, que o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua é baseado em qual tipo de modalidade o Consultório na Rua está inserido.

A portaria 122(2011) inclui a presença do profissional médico na modalidade III. No entanto, o sujeito Y ao descrever a composição de sua equipe, ressalta que ao não contemplar o médico impede a realização de algumas ações, a exemplo das prescrições médicas e que muitas ações acabam sendo realizadas, na medida do possível, pelo enfermeiro. Os relatos, evidenciaram diferenças entre a equipe do sujeito Y e X, uma vez que na equipe do sujeito X há o médico compondo a equipe e, dentre as ações desenvolvidas disponibiliza-se a medicação aos usuários.

De acordo com os/as sujeitos/as da pesquisa, as principais ações e serviços prestados pela equipe multiprofissional são: reunião de equipe multiprofissional, reunião da rede ampliada, reunião com a comunidade, abordagem rua, estar preparado para falar sobre o cuidado, sensibilizar para o cuidado, acompanhamento integral a orientação e informação de como ter acesso aos diretos, encaminhar para rede de serviços, atendimentos voltados para aferição de pressão, medição de glicemia, o teste voltado para tuberculose, hanseníase, orientação em relação a redução de danos, a distribuição de preservativos, orientação quanto a documentação e como evitar situações de risco, execução de políticas sociais.

Segundo Londero, Ceccim e Bilibio (2014) as ações do Consultório na Rua são construídas de acordo com as particularidades apresentadas pelas pessoas e pelas vulnerabilidades. O que gera, um desafio em produzir um cuidado que seja capaz em suas intervenções, de absorver aquilo que não é esperado e nem programado no que se refere a atenção prevista.

Dessa forma, a categoria cuidado expressa:

a complexidade da sua efetivação na atenção à saúde, uma vez que esta não se dá apenas por prescrições, medicalização, ou normatizações de condutas reduzidas a procedimentos e/ou protocolos. Isso porque, mais do que prescrever exames e medicamentos, os profissionais de saúde na atenção primária devem estar abertos ao diálogo com os usuários do serviço, aos seus desejos, às suas histórias, angústia e desafios, que são elementos constitutivos no projeto de vida destes. (SILVA; CRUZ; VARGAS, p. 247, 2015).

O consultório na Rua, enfatizam os autores, não é pautado em um trabalho isolado, é preciso um contato com a rede de saúde e intersetorial, para que dessa maneira se consiga contemplar o cuidado integral, universal e igualitário, conforme o SUS.

Londero, Ceccim e Bilibio (2014) trazem a reflexão do quanto o cuidador muitas vezes se sente angustiado e até sofrendo perante o “investimento” afetivo que deposita no acolhido. Outro motivo de sofrimento por parte dos profissionais, é deparar-se com a situação de completo desamparo de quem está na rua e a vontade de resolver tudo de forma objetiva e resolutiva, conforme a lógica do cuidado prescrito em saúde.

“(...) esse desejo pelo cuidado, que as vezes é menor até pelo jeito em que as pessoas são tratadas, muita gente incorpora aquilo que os outros acham dela. Não vale nada, não precisa ser cuidada, não precisa” (Sujeito/a X).

As pessoas em situação de rua diante do contínuo preconceito, incorporam uma perspectiva atribuída pela sociedade sobre si mesmas, de modo que incorporam determinados estigmas de que são vagabundos, drogados, malandros, etc, e por isso merecem estar na rua. Fazem parte de um grupo de excluídos e considerados o indesejável pela sociedade e dessa forma, não necessitam de cuidados e de garantia de direitos. É preciso compreender que cada pessoa em situação de rua tem sua história, teve seus motivos pessoais para ir para rua e que é um sujeito de direitos e que merece cuidados como qualquer outro ser humano.

Dessa maneira, de acordo com Londero, Ceccim e Bilibio (2014) o Consultório na Rua com um modo mais dinâmico de operar o cuidado, pode “reverberar nos serviços com que entra em contato, tensionando uma cadeia de cuidados, que, muitas vezes sequer espreita um horizonte mais longínquo que o seu próprio cotidiano de ação” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 6).

Ainda conforme os autores, é uma tarefa difícil investir no cuidado junto a população em situação de rua em meio a um contexto de saúde normatizado, em que se tem um atendimento pautado em saberes profissionais, com mínima oportunidade para intervir junto aos usuários, que muitas vezes chegam com seus padecimentos confusos ou difusos. O cuidado com as pessoas em situação de rua, reforçam os autores, é realizado em lugares inesperados, em tempos que em alguns momentos estão vagarosos e outros mais rápidos e com pessoas a

quem os serviços não viam, faz com que na urgência da lógica prescrita pelo cuidado que atravessa a ação em saúde, perde-se o senso de acompanhar e de compartilhar questões com aquele em necessidade de atenção e acolhimento, assim, invoca-se dos profissionais um investimento “afetivo” que parece peculiar a este serviço.

Lanceloti (2012), nos coloca o desafio de uma intervenção e olhar para população em situação de rua para além da aparência e do que é explícito:

é que você olha para a vida, e não só para a ferida, ela se deixa ver. A ferida ou a doença é mais do que a dor de estar doente, é a dor de existir na situação que provoca essa dor e sobreviver assim. Nossa capacitação técnica tem que ser acompanhada da nossa capacidade de acolher sem tantos critérios para excluir (LANCELOTI, 2012, p.28).

Dessa maneira, ambos sujeitos de pesquisa expressam que as equipes pesquisadas as quais pertencem prezam pelo cuidado, seja acompanhando a pessoa em situação de rua até locais, como a defensoria pública, quando elas estão sozinhas e precisam de apoio, fazendo visita ao hospital quando a pessoa está internada, orientá-la quanto a direitos específicos em detrimento a determinado problema de saúde. Ao encaminhar a pessoa para determinado serviço, ligar antes e conversar com algum profissional para que recepcione essa pessoa bem, procurar uma casa de acolhimento, se esse for o desejo da pessoa em sair da rua ou seja ter conhecimento da rede de proteção social, procurar estabelecer o vínculo com esses sujeitos.

“Muitas vezes fazer parte desse processo de uma forma mais incisiva, que é ir com a pessoa até os locais aonde ela precisar ir para resolver alguma coisa, quando as pessoas têm dificuldade em ir, quando as pessoas estão sozinhas e precisam de algum apoio. Então fazer visita no hospital, por exemplo quando a pessoa está internada, acompanhar a pessoa ao hospital quando é o caso de internação, ir com a pessoa até a defensoria pública ou até o lugar aonde ela vai conseguir fazer uma denúncia, aonde ela fica resguardada e tudo mais ” (Sujeito/a X).

Outro aspecto relevante para o exercício profissional da equipe que atua junto ao consultório na rua, é o estabelecimento do vínculo. Dessa forma, “estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e uma dimensão humana que podemos desenvolver. Alguns pressupostos são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites” (LANCELOTI, 2012, p. 27).

Segundo Lanceloti (2012), nem sempre é possível estabelecer vínculos positivos com todas as pessoas, dessa maneira, é importante que as equipes procurem avaliar suas ações com frequência. Não é possível fazer tudo, é preciso conhecer os limites e possibilidades.

Ainda conforme autor supracitado:

a população de rua está cansada de ser tratada de maneira fria e tecnicista, não se estabelece vínculo que humaniza em atendimento compartimentalizado onde a pessoa é encaminhada, e não acompanhada, onde se transforma em dados, fichas e deixa de ser o que é: pessoa. (LANCELOTI, 2012, p.27).

Foi possível perceber em ambas as falas dos sujeitos de pesquisa, a importância dada para primeiramente se estabelecer o vínculo. “A pessoa está na rua, não te conhece, é necessário conquistar sua confiança” (Sujeito Y). Depois, fazer com que eles conheçam o serviço e compreendam que existe, um serviço, uma equipe que se preocupa com eles e voltem. Tornando assim, a atuação na rua com o intuito de sensibilizar e se colocar disponível.

“o vínculo é importante, porque a gente não quer fazer o curativo na ferida do fulano, a gente quer que ele volte e para ele voltar, ele precisa sentir alguma coisa que faça ele voltar aqui, nem que seja uma necessidade de conversar. Então, todo o nosso atendimento, não só o meu, mas de toda a equipe é voltado para que a pessoa volte para cá, para que a pessoa tenha aqui um lugar de apoio até para coisas que não são da saúde, da parte clínica, por exemplo, e do que o sistema de saúde oferece em si, a gente tem gente, que senta e fica conversando, então você tem que ter paciência, você tem que ter disponibilidade para conversar” (Sujeito/ a X).

O vínculo estabelecido com as pessoas usuárias do serviço, muitas vezes, reflete a preferência demonstrada em ser atendidas por um profissional em relação ao outro, mesmo suas demandas não sendo da área da atuação do profissional.

Ao realizar a pesquisa bibliográfica, foi possível perceber que as ações e serviços ofertados nos Consultórios na Rua do DF, refletem muito as ações que também são ofertadas em outras unidades do país, como por exemplo, em Manguinhos ¹¹localizada no Rio de Janeiro, voltadas para o acolhimento, prevenção, cuidados primários e promoção da saúde, articulação com a rede, de equipes intersetoriais do território e também que estão fora dele.

No entanto ao pesquisar bibliografias relacionadas ao Consultório na Rua, é possível perceber que na maior parte, as demandas relacionadas à saúde são voltadas para o envolvimento da população em situação de rua, com drogas o que reflete e gera muitas vezes ações focadas para a redução de danos. No DF as demandas de saúde identificadas no estudo, voltam-se para outras questões, como rachadura nos pés porque estava andando descalço, micose por andar com o calçado molhado, doenças relacionadas a Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV, tuberculose, problemas de pele, respiratórios. Existe uma demanda voltada para o uso de drogas, mas não é a principal.

¹¹ Disponível em < <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/consultorio-na-rua>> Acesso em 02 de dezembro de 2016.

Dentre as ações realizadas pela equipe do sujeito Y, destaca-se também as ações integrativas voltadas para prática como por exemplo, do Reiki, do Chi-kun, do Tai-chi e do Hatha Yoga. Alguns componentes da equipe, como a assistente social e o enfermeiro realizaram o Curso oferecido pela Secretaria da Saúde. O sujeito de pesquisa Y, vem ministrando, em especial, a Hatha Yoga para um Grupo de Mulheres.

“ O (...) fez o Curso das práticas integrativas em Reiki, a (...) na época tinha feito o Chi- Kun, e o (...) feito o Tai-chi, aí eu incentivada por todo mundo fiz o Hatha Yoga” (Sujeito/a Y).

O Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, contemplando as áreas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social – Crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006, é responsável por aprovar a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNIC) no sistema único de saúde.

A terminologia Práticas Integrativas em Saúde (PIS) foi adotada oficialmente pela SES-DF por meio do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI), que atualmente denomina-se GERPIS, devido a ocorrência em 2001 do I Simpósio de Medicina Natural e Práticas Integrativas de Saúde do SUS/DF (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

A Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) foi elaborada pelo Grupo de Trabalho (GT-PDPIS) e criado por intermédio da Portaria GAB/SES Nº 107 e publicada no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) Nº 93, de 8 de maio de 2013 (SES-DF, 2014).

Segundo (SES-DF, 2014, p. 37-39), a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde - PDPIS tem por objetivos:

- Desenvolver as Práticas Integrativas de Saúde (PIS) no âmbito do SUS/DF, no contexto da promoção, recuperação e reabilitação da saúde e na prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Primária.
- Contribuir para aumentar a resolubilidade do Sistema e ampliar o acesso às PIS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no seu uso.
- Racionalizar as ações em saúde, com estímulo para alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade.

- Promover o envolvimento responsável, ético e continuado dos usuários, trabalhadores e gestores com as Práticas Integrativas de Saúde (PIS) no âmbito do SUS-DF.
- Ampliar o acesso ao controle e à participação social, fomentando espaços para o exercício da cidadania.

Em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no âmbito do Distrito Federal, é responsabilidade da SES-DF:

[...] o desenvolvimento das PIS, sendo a GERPIS/DCVPIS/SAPS o órgão institucional que tem como missão a gestão, atenção, o ensino e a pesquisa em PIS. A GERPIS é composta por 2 (dois) Núcleos: o Núcleo de Planejamento e Produção de Conhecimento em PIS (NPCPIS) que conta com 2 (duas) Coordenações (de Planejamento e de Produção de Conhecimento) e o Núcleo de Medicina Natural e Práticas Integrativas em Saúde (NUMENAPIS), ao qual estão subordinadas 14 (catorze) Coordenações Técnicas referentes às modalidades de PIS que são atualmente ofertadas pelo SUS-DF: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong em 18 Terapias, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa. (SES-DF, 2014, p. 24).

O início das PIS no Sistema Público de Saúde do DF ocorreu há três décadas, com a implantação do primeiro Horto de Plantas Medicinais na Unidade de Saúde Integral de Planaltina – USI, então vinculada ao Hospital Regional de Planaltina (1983), e das atividades médicas ambulatoriais em Homeopatia nos Centros de Saúde de Brasília Nº 8 e Nº 11 e no Centro de Saúde de Sobradinho Nº 2 (1986). (SES-DF, 2014).

Ainda em relação a equipe multidisciplinar, as entrevistas sugerem que não há uma relação de hierarquia na equipe e as ações são passíveis de serem realizadas por qualquer profissional quando necessária.

3.2 Competências e Atribuições do Serviço Social nos Consultórios na Rua

Primeiramente, ao iniciar tal tópico é importante salientar o que se entende por competência e atribuição. Conforme o Parecer Jurídico N. 27/98, de 13 de setembro de 1998, define competência como a “capacidade de apreciar e dar resolutividade a determinado assunto” e atribuição é a “habilidade e aptidão para resolver determinada questão” (PARECER JURÍDICON. 27/98, 1988, p. 03).

O Serviço Social tem suas orientações e competências orientadas pela lei número 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão e pelo Código de Ética da profissão.

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, traz como competências do assistente social:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

As atribuições privatista¹² do assistente social, em seu artigo número 5 de maneira geral:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias, técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

¹² Segundo Terra (1998), atribuições privativas também são competências, porém exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional.

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. "(BRASIL, 1993).

Dessa maneira, no que tange a competência profissional, Iamamoto (2004) aponta três dimensões que o assistente social deve exercer domínio: competência ético-política; competência teórico-metodológica e competência técnico-operativa. Tais dimensões de competências não podem ser desenvolvidas separadamente ou se recai nas armadilhas da fragmentação e da despolitização, que marcaram o passado histórico do Serviço Social (CARVALHO e IAMAMOTO, 2005).

Aliar essas dimensões tem sido um desafio para muitos profissionais e reforça o debate em relação a teoria e a prática do Serviço Social que deve estar colocado de forma muito clara para os profissionais para que se tenha uma atuação pautada nas necessidades e na busca pela efetivação de políticas públicas e na afirmação de direitos da população que respeite o Código de Ética da profissão.

Segundo SANTOS (2010), a prática precede a teoria e, dessa forma, a teoria é construída a partir das aproximações sucessivas dos fenômenos, no intuito de buscar as múltiplas determinações desses eventos, esse movimento só é possível mediante a universalidade, a singularidade e a particularidade que estão presentes no espaço de intervenção do assistente social.

O assistente social na saúde “atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p.41).

As ações principais ações que dizem respeito aos assistentes sociais, especificadamente, dos sujeitos entrevistados, são:

- Atendimento direto ao usuário:

O assistente Social mantém um contato direto com o usuário do serviço, seja na rua ou no próprio Consultório na Rua, realizando o acolhimento, a escuta qualificada. As ações que predominam no atendimento direto, “são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p. 42).

- Ações socioassistenciais:

Voltadas para os direitos sociais e como acessá-los, como por exemplo o Benefício de Prestação Continuada e o Bolsa Família, qual recurso pode estar sendo disponibilizado, na

direção de uma política de Saúde, acompanhar quando necessário o usuário do serviço em determinado local como em hospital, por exemplo, auxiliar e orientar quanto a documentação, preencher relatório social, encaminhamentos, que segundo o sujeito de pesquisa X, com a pessoa em situação de rua, ocorre um encaminhamento “especial”:

“Bom, normalmente um encaminhamento conversando com a pessoa, um encaminhamento que eu vejo que ele precisa ser um pouco mais responsável, quando o caso é da pessoa em situação de rua, porque normalmente as pessoas estão com a autoestima muito baixa e no primeiro não, ela já se fecha. Tem que ter então uma pessoa, que vai dizer sim. Pelo menos um primeiro sim, não para tudo, mas uma pessoa, sabe, que vai escutar quando chegar lá. A gente liga e conversa com essa pessoa, chegando lá você vai procurar fulano, que fulano vai te orientar ” (Sujeito/a X).

Tais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, precisam transpor apenas o caráter de cunho “emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde” (CEFESS, 2010, p. 43).

- Ações de articulação com a equipe de saúde

A articulação com a equipe de profissionais ao qual o assistente social está inserido, como também com profissionais da rede de serviços de saúde, com hospitais, centros de saúde, unidades básicas de saúde. Aqui também contempla-se a relação intersetorial, na busca de parcerias com outros setores governamental ou não de modo a contribuir no acesso aos direitos, preservando e estimulando a autonomia do sujeito.

(...) Então eu acho que esse olhar para essa complexidade que é quando a demanda chega e que recurso pode ser mobilizado, isso é uma coisa bem específica do assistente social. Outras pessoas vão poder olhar e dar uma resposta para isso, mas a nossa resposta vai ser diferente por conta dessa formação que é de olhar para as complexidades dos elementos que estão envolvidos na situação e fazer essa articulação (Sujeito/a X).

O assistente social, na concepção dos sujeitos entrevistados, realiza na equipe um papel de humanização. É preciso, que o profissional realize esse debate com a equipe sobre o significado da humanização para evitar compreensões distorcidas que remetem uma “percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem

os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão” (CFESS, 2010, p. 52).

- Ações socioeducativas:

“Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática ” (CFESS, 2010, p. 56).

Os sujeitos de pesquisa X e Y realizam grupos temáticos voltados para tratar de temas como sexualidade, álcool e outras drogas, saúde mental qualidade de vida.

O Consultório na Rua que o sujeito Y atua, realiza testagem rápida de HIV e sífilis e orienta em relação em caso de resultado positivo, sobre o tratamento e onde pode ser feito. Distribui preservativos e explica sobre métodos contraceptivos.

Outra ação desenvolvida, em particular, pelo sujeito de pesquisa Y é ministrar aulas de HATHA YOGA que consiste em uma prática de reeducação mental que envolve a execução de asânas (posturas psicofísicas), pranayamas (técnicas de respirações) e de relaxamento para um Grupo de Mulheres toda segunda-feira e quinta-feira em uma casa voltada para mulheres.

Segundo o/a profissional (sujeito Y), o Curso de Hatha Yoga teve duração de 1 ano e 2 meses e foi ofertado pela Secretaria da Saúde para as áreas de saúde mental e prisional, diante o contato com a equipe de saúde mental, recebeu o convite em participar do referido curso.

O sujeito de pesquisa Y, considera que trabalhar a respiração e a meditação junto as pessoas, pode conseguir mudar a forma de pensar principalmente em relação ao álcool e outras drogas. “ Uma paciente que tomava 5 remédios, passou a tomar dois, recuperou a autoestima” (sujeito Y).

No entanto, vale ressaltar, que no documento elaborado pelo CFESS (2010) o assistente social que está sintonizado com o projeto ético-político profissional, não deve abstrair as dimensões objetivas e subjetivas, relacionadas as complexas relações sociais que os indivíduos estão inseridos. Também não deve atuar em matéria que não está relacionada com as particularidades da profissão. A realização de terapias, compete a outro profissional, que irá utilizar uma intervenção pautada na subjetividade. Muitas profissões atuam no que diz respeito a condições materiais e subjetivas dos indivíduos, mas cada profissão alia sua atuação com as atribuições privativas, habilidades e competências.

O direito do usuário em ser atendido por profissionais qualificados teórico-metodológica/política e eticamente em matéria do Serviço Social, é assegurado na resolução

569/2010, de 25 de março de 2010, que dispõe sobre “ a vedação da realização de terapias associadas ao título e / ou do exercício profissional do assistente social”.

Dessa forma, embora as práticas integrativas, não sejam propriamente terapias, atuam no campo subjetivo dos sujeitos e dessa maneira, a crítica e a reflexão não estão voltadas para a prática integrativa, e o questionamento da sua efetividade e contribuição para a saúde dos sujeitos, pois percebe-se na inserção de tais práticas uma concepção ampliada de saúde, mas sim, qual profissional está executando-as.

O assistente social ao realizar ações caracterizadas como práticas integrativas, a exemplo do HATHA YOGA vinculadas a sua ação profissional, assume responsabilidades desvinculadas as suas competências e atribuições, conforme estabelecido nas normativas da profissão, já explicitado nesse capítulo. Ressalta-se também, ao assumir tais ações, deixa de realizar atividades específicas de sua formação profissional, também ou mais importantes para a comunidade e usuários dos serviços, a exemplo de ações de educação em saúde de promoção de saúde, participação e organização sócio política dos sujeitos, etc.

Conforme CFESS (2010) outra questão relevante é a tentativa de obscurecer a função social da profissão inserida historicamente na divisão social e técnica do trabalho:

o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do Assistente Social desconsiderar as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. (CFESS, 2010, p. 27-28).

É importante lembrar que as práticas integrativas, estão em conformidade com o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural e têm sido realizadas por profissionais da área da saúde. O assistente social por ser um profissional da saúde também é convidado a exercer tais práticas e tal conduta gera polêmica, percebe-se então a necessidade de reflexão e debate dessa temática que está posta.

Retomando a análise sobre a prática profissional do assistente social existe também, a necessidade de uma abordagem intersetorial do Serviço Social, para o sucesso da atenção

integral à população em situação de rua, que compreenda as demandas desses indivíduos, desempenhando uma função de educação em saúde e acolhimento (SANTANA, 2014).

Trata-se segundo Santana (2014) de um desafio que requer uma rede articulada, em que se busca romper com a lógica higienista, curativa e hospitalocêntrica que ainda é predominante, principalmente, quando diz respeito a pessoa em situação de rua.

Sendo assim, ambos os sujeitos de pesquisa de campo, X e Y, procuram articular e criar parcerias com rede, seja com o CAPS próximo de cada Consultório na Rua, com o CREAS, com instituições que ofereçam acolhimento, encaminhando para o Fórum de Justiça Local para esclarecer dúvidas e pendências judiciais, com o CRAS para atender necessidades voltadas a demandas relacionadas a documentação e benefícios assistências, ou seja, criando uma parceria com a política da assistência, com a rede privada, com hospitais, dentre outros serviços.

Segundo Raichelis (2009), o trabalho intersetorial e interdisciplinar se torna fundamental e também estratégico, assim como a ampliação voltadas para projetos e pautas em comum, tanto no que se refere ao âmbito governamental, como a relação com a sociedade civil e diferentes sujeitos, em especial com aqueles que utilizam serviços públicos e suas organizações coletivas.

O sujeito Y também afirmou ter parceria com o Centro POP de outra região, algumas ONGS de cunho evangélico e com o Grupo Alcoólicos Anônimos (A.A). Embora, o grupo A. A tenha uma visão voltada para abstinência e a saúde mental tem procurado tratar a dependência química por meio da redução de danos. Não se perde essa visão em sua atuação, mas enxerga-se o AA como mais um aliado que para algumas pessoas pode-se obter resultado.

Outro aspecto observado em relação a constituição da rede pelos profissionais do Consultório na Rede, é que devido à escassez de recursos, do Estado não se posicionar perante a precarização posta, é necessário criar redes de apoio alternativas, com ONGS e setor privado.

Dessa maneira, Miotto e Nogueira (2006), afirmam que a ação do assistente social está inserida no campo da promoção de saúde, notoriamente no eixo da intersetorialidade, tomando como base as atividades e ações que tem sido realizadas no sistema nacional de saúde.

Para colocar tais ações em prática, são utilizados alguns instrumentos técnicos-operativos no cotidiano de trabalho, como por exemplo:

Quadro. 03. Instrumentos técnico-operativos utilizados no exercício profissional do/da assistente social nos Consultórios na Rua.

Sujeito/a X	Sujeito a/ Y
Ficha de cadastro, relatório, encaminhamento via relatório, relatório para comunicação com outros serviços, estudo social, visita domiciliar, visita institucional, reunião, parecer.	Ficha de cadastro, evolução no TrakCare, folha de encaminhamento, folha de presença da Yoga, folder sobre informações do Consultório na Rua.

Os instrumentais técnico-operativos: estudo social, visita domiciliar, visita institucional, reunião, parecer e relatório foram citados pelo sujeito X em resposta ao questionário on-line.

É importante salientar que a ficha de cadastro possui informações relacionadas ao atendimento, sobre a pessoa, que irão situar um pouco em relação ao seu estado de saúde e quem é esse sujeito, uma ficha pequena que tem mais a intenção de iniciar uma conversa e promover o acolhimento.

Ao ser questionada em relação a outros instrumentais, a exemplo da entrevista ao usuário, o sujeito de pesquisa X, afirmou:

“(...) entrevistas...é, bom, eu acho que eu tô um pouco distanciada disso, desses nomes e tal, eu converso com as pessoas, eu escuto, o negócio que a gente tem mais estruturado é a nossa ficha mesmo, que é só um gatilho mesmo, uma ficha pequena porque, o tempo das pessoas aqui também, às vezes é muito pequeno, as pessoas são muito ansiosas, estão querendo logo voltar para rua, pra usar droga e o tempo que a gente tem para muita coisa é pouca. Então, é uma ficha pequena também, mas que a intenção dela é abrir o papo mesmo, para interagir, começar a conversa e tal”
(Sujeito/a X).

Retomando à análise de campo, todos/as os/as sujeitos/as da pesquisa responderam que existem interfaces entre o Código de Ética do Assistente Social e o Projeto Ético Político do Serviço Social no seu exercício profissional no Consultório na Rua.

O sujeito de pesquisa Y, relaciona o Código de Ética muito com o sigilo profissional, não expor por exemplo o usuário do serviço que está respondendo processo judicial, ou até mesmo não tem documentação em decorrência desse fato, ou seja, não quer ser identificado, respeitar se o sujeito não quer falar sobre algo, procurar priorizar o atendimento que é de saúde.

Sabe-se que o atual Código de Ética, oriundo de 1993, considera que todo conhecimento adquirido pelo Assistente Social por meio de sua atuação profissional deve ser

considerado sigiloso, e dessa maneira, o sigilo profissional protege o usuário em relação a essas informações que são colhidas através do exercício profissional do Assistente Social.

O sujeito de pesquisa X ressalta que o Código de Ética do Serviço Social é muito interessante e acaba diferenciando muito o profissional perante os demais, por conta da característica humanizada do trabalho. A perspectiva do serviço social recai para a garantia de direitos, para a superação da discriminação e criminalização das pessoas em situação de rua. Estas pessoas, vivenciam em seu cotidiano situações de sofrimento, desigualdade, rompimento de vínculos, falta de acesso a direitos dos mais básicos do ser humano, como a alimentação, a higiene pessoal básica, vestimenta básica. Nesse sentido, o trabalho em equipe e articulado a rede de proteção social torna-se imprescindíveis, associado a um olhar crítico e ao mesmo tempo suscetível a compreender a realidade do sujeito em suas particularidades e singularidades.

“Eu acho que a gente sai da faculdade com uma visão macro, muito bem estabelecida, muito bem construída, e quando a gente chega aqui a gente tem que voltar para o micro, sem perder o macro. Mas a gente precisa dar muita atenção para micro que é inclusive uma dificuldade no cotidiano profissional, mas é legal também”
(Sujeito/a X).

O relato expressa a importância em compreender o que está colocado no dia a dia dos sujeitos, as necessidades emergenciais voltadas para a saúde e a assistência por exemplo. No entanto não se pode deixar de relacionar e fazer uma análise de conjuntura, principalmente nesse momento delicado em que o Brasil está vivendo, em que se instaurou uma aguda crise econômica e que tem refletido no aumento do desemprego e da informalidade no mundo do trabalho, contribuído com a precarização dos postos de trabalho, pessoas sem dinheiro para arcar com aluguéis, aumento de pessoas com doenças como a depressão e por consequência mais pessoas em situação de rua e necessitando de cuidados e atenção voltados para saúde.

Martinelli salienta que a prática profissional está voltada para:

[...] enfrentamentos críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais, as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura, conjuntura e cotidiano que nossa prática se realiza. É na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos que as determinações conjunturais se expressam. Portanto, assim como precisamos saber ler conjunturas, precisamos saber ler também o cotidiano, pois é aí que a história se faz, aí é que nossa prática se realiza. (MARTINELLI, 2006, p. 5).

Segundo Netto (2007), o projeto ético- político tem como valor central a liberdade, um compromisso com a autonomia, a emancipação e a expansão dos indivíduos sociais. Um

projeto que propõe a construção de uma nova ordem social, em que não se tenha exploração, dominação de classe, etnia e gênero.

Netto (2007) afirma que a dimensão política fica expressa de forma muito clara, em que existe um posicionamento a favor da justiça e da equidade, da ampliação e consolidação da cidadania. “Correspondente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida” (NETTO, 2007, p. 16).

Outro ponto priorizado pelo Código de Ética, segundo Netto (2007) é a forma como o profissional se relaciona com os usuários do serviço, é necessário também priorizar a qualidade dos serviços prestados à população, incluindo a publicidade dos recursos institucionais, instrumento importante para a participação dos usuários nas decisões institucionais.

Dessa maneira, conforme Teixeira e Braz (2009), não resta dúvidas do quanto o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro tem uma relação direta com um projeto de transformação da sociedade. Diante disso, consciente ou não, interpretando a demandas de classe, assim como, suas necessidades sociais, que chegam até os profissionais, as ações são dirigidas favorecendo interesses que são diferentes e contraditórios.

No que se refere a participação da população usuária dos Consultórios na Rua, o sujeito X, relata que considera muito importante e aponta a existência de espaço participativo no Centro de Convivência (Centro POP), mas não em relação aos serviços voltados para saúde, mas considera uma boa ideia.

“Então, existe um todo aqui, que é o todo Centro Pop, Consultório na Rua. E nesse todo, porque o Centro Pop, é um espaço de Convivência também, enquanto espaço de convivência, é...a participação além de ser buscada, de ser uma coisa boa, que a gente entende que é boa, ela é necessária, porque se as pessoas não participarem dessas decisões sobre o espaço de convivência principalmente, as coisas vão ser furadas, a gente não vai conseguir envolver as pessoas para que a gente consiga construir um ambiente mais saudável para todo mundo, um ambiente que não reproduza tanto a violência que tem na rua e tudo mais. A gente se respeita aqui dentro e tudo mais, então desse processo maior, a gente participa, a gente participa das reuniões, a gente contribui e tudo mais, mas aqui mesmo, na equipe da saúde, isso nunca aconteceu da gente abrir um processo desse para pensar atendimento de saúde aqui, com a participação de todo mundo, a gente nunca teve esse espaço aberto, mas interessante, é uma ideia” (Sujeito/a X).

Raichelis (2009), afirma que o Serviço Social sempre manteve uma proximidade com o modo de vida cotidiano da população e exerceu um trabalho direto com a mesma. No entanto, ultimamente “o refluxo dos movimentos populares e o enfraquecimento das instâncias

coletivas de representação política, o trabalho de mobilização e organização popular cedeu a formas institucionalizadas de participação” (RAICHELIS, 2009, p. 389-390).

Ainda conforme a autora citada, não se pode abandonar espaços institucionais como Conselhos e Conferências, é preciso aliá-los a outros mecanismos de ação coletiva, em que seja possível a população contribuir, reivindicar e manifestar suas necessidades.

Quando questionados a respeito do referencial teórico-metodológico que norteava a sua atuação do profissional, o sujeito de pesquisa Y afirmou ler vários autores e utilizá-los de acordo com o momento, não tem um referencial teórico específico. Enquanto o sujeito X, afirmou que o seu referencial é baseado na teoria marxista e na dialética, os quais fornecem elementos fundamentais para partir dele no exercício profissional, conseguir primeiro olhar para a realidade, observar os elementos que estão postos e partir daí.

“(...) Olhar para realidade sem aquele véu do que deveria ser e como as coisas deveriam estar e do que é possível (Sujeito/a X).

Segundo Martinelli (2006) temos que pensar a profissão que por intermédio da sua intervenção na realidade, interlocução com os movimentos sociais e também com os setores organizados da sociedade civil consegue participar para a reconstrução do próprio tecido social.

Ainda conforme Martinelli, a nobreza da profissão está em:

acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana (MARTINELLI, 2006, p. 03).

Muitas vezes, segundo o sujeito X os serviços não aceitam a pessoa em situação de rua da forma que ela é, querem que a pessoa tome banho, corte o cabelo, que antes cuidem da ferida, ou seja, não respeitam e não procuram enxergar a realidade destes sujeitos. Tal atitude reflete o estigma e preconceito sofrido pela população em situação de rua e o julgamento que a sociedade, profissionais acabam reproduzindo, sem compreender a falta de acesso a necessidades básicas, como tomar um banho que essas pessoas estão sujeitas e respeitá-las da forma que são. Lembrando que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, independente que ele não faça parte de uma equipe do Consultório na Rua (eCR).

É importante assinalar, conforme Yasbek (2009) que ao reafirmar as bases teóricas do projeto ético político, teórico metodológico e operativo, que possuem centralidade na

tradição marxista, não quer dizer não dialogar com outras matrizes do pensamento social, e que as respostas profissionais voltadas para desafios que estão colocados diante de um cenário de constante transformação sejam homogêneas. É preciso, segundo a autora, de respostas criativas e competentes.

3.3 Condições de trabalho

Ao analisar as condições de trabalho relacionada ao espaço físico (infraestrutura) disponibilizado, o sujeito de pesquisa avalia tanto as condições de trabalho como o espaço físico como sendo péssimos. O ambiente disponibilizado é muito pequeno e não cabe a equipe toda ao mesmo tempo dentro da sala, não se tem um computador próprio, mas é possível acessar à internet. A equipe disponibiliza de um telefone fixo que no momento encontrava-se cortado e mesmo quando funciona, não faz ligação para celular, e as pessoas em situação de rua não tem telefone fixo. O telefone também não fica na mesa da sala da equipe, assim como a impressora, é preciso levantar e se deslocar para outra sala. Outro problema é a falta de um motorista para dirigir o carro disponível para a equipe, o que impede muitas vezes de estar indo para a rua junto à população.

“Então, na verdade, tem quatro profissionais que usam essa sala, as duas psicólogas, a enfermeira e eu. Então quando está muito gente aqui, inclusive a gente organiza nossa escala para não estar todo mundo aqui ao mesmo tempo porque se tiver não dá, só a gente, já ocupa as quatro cadeiras, e só tem quatro aqui, aí quando chega paciente, tem que sair, vai passear três, ficam duas e o paciente. Alí na sala tem dois computadores, para quatro profissionais, são quatro técnicos também, um computador e uma sala de procedimentos. Tem internet, o telefone está sem funcionar agora, mas tinha também, mas a gente não fazia ligação para celular e interurbano, o que é praticamente não ligar para nada, porque, a família, a grande maioria não está aqui no estado Celular...os poucos que tem é celular, não vai ter telefone fixo na rua, é uma dificuldade. Mas é, eu acho bom esse ambiente ser aberto aqui fora, ter um ar para respirar aqui, não ser um ambiente fechadão, como um hospital e tal, a gente poder andar por alí, ver verde, isso é uma coisa legal” (Sujeito/a X).

O sujeito Y fez algumas reclamações e pontuações também acerca de não ter um motorista para dirigir a carro e o mesmo não ser um membro obrigatório na composição da equipe segundo a portaria 122 (2011), o que dificulta um dos propósitos principais do Consultório na Rua que é estar atuando de fato na rua, fazendo busca ativa e atendo as demandas da população em situação de rua. “ (...)deveríamos estar na rua todo o dia, digo de manhã ou à

tarde, meio período, mas no momento a gente não está com o carro, e com o motorista fixo na equipe...” (Sujeito/a Y).

Em outro momento da entrevista, o sujeito de pesquisa Y, questiona, porquê de outras regiões possuírem equipe constituída, ter carro e no DF não ser desta maneira e cita o exemplo do Consultório na Rua de Rio Preto (SP).

“ Estive em Rio Preto, interior de São Paulo agora nas férias, estava passeando perto da rodoviária, quando vejo um ônibus escrito Consultório na Rua e todo pintado. A equipe tem um micro-ônibus e equipe completa. Então, meu sonho ” (Sujeito/a Y).

No que se refere ao transporte, a portaria Nº 2.488 (2011) orienta:

Caso seja necessário o transporte da equipe para a realização do cuidado in loco, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da Unidade Móvel. O gestor local que fizer esta opção deverá viabilizar veículo de transporte com capacidade de transportar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior. Esta Unidade Móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual. (PORTARIA Nº 2.488, 2011, p. 21).

Ao ser questionado/a sobre a instituição, o sujeito de pesquisa X afirmou que a Secretaria de Saúde é um lugar que gosta de trabalhar, compreende que a visão que possui sobre o Serviço Social, se realiza no âmbito da política pública e do serviço que está inserida/o. No entanto, em relação ao Executivo, aborda que existem muitos problemas, relacionados principalmente a gestão e pontua a dificuldade que encontra, em ter apoio quando é preciso, tudo é muito moroso, difícil e burocrático.

(...) falta tudo e a gente tem que lidar diariamente com a falta que essas coisas fazem, ficar dando nosso jeitinho sempre, isso é cansativo às veze, em relação ao carro por exemplo, é uma coisa que a gente optou não dar jeitinho e ficar sem mesmo, porque a outra opção era dirigir, dirigir a combe, acontece um acidente, a gente tem que pagar, que a gente está sujeito no trânsito, e fora que a gente...eu tenho muito o entendimento de que a gente sai para rua com um objetivo e a gente tem que estar preparado para esse objetivo, tem que estar preparada até emocionalmente, a gente precisa estar tranquila, centrada. Dirigir, pegar um trânsito até o local, já chegar estressada, nosso trabalho é prejudicado nesse desvio de função, então é difícil. A instituição quer isso da gente às vezes, mas que a gente faça do nosso jeito mesmo e não reclame tanto, mas tem hora que não dá (Sujeito/a X).

O sujeito de pesquisa Y avalia as condições de trabalho como sendo boas, que já melhoraram muito em relação ao que era antigamente, acredita que seria melhor se estivessem

localizados próximos ao Centro POP, pois muitas pessoas não se sentem à vontade tendo que frequentar a Unidade Básica de Saúde. Quanto a estrutura física, a Unidade Básica passou apenas por reparo, não por uma reforma de fato e, ainda precisa de pintura. Todos os profissionais possuem computadores com internet wi-fi que a própria profissional comprou, assim como a cortina. Avalia que pode sempre melhor, pois muitas vezes se trabalha em meio a chuva, poeira, sol, áreas que possuem lixo e reclama da falta de uma orientação técnica acerca do Serviço pela Instituição.

Ao ser indagados sobre o desencadearam de algum processo de adoecimento decorrente do trabalho profissional, ambos os sujeitos da pesquisa foram enfáticos em afirmar que sim.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem "doenças relacionadas com o trabalho", e são descritas pela OMS como "agravos outros que, em adição a doenças profissionais legalmente desconhecidas, ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou condições contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, porém em graus variados de magnitude" (ABRASCO, 1991).

O sujeito/a de pesquisa X afirmou que precisou ficar afastado do trabalho em decorrência de uma situação particular ocorrida no trabalho, o sujeito Y também teve um problema de saúde grave (Acidente Vascular Cerebral) que acredita que pode ter sido antecipado por conta do trabalho, trabalho esse que é perceptível que ocasiona um desgaste físico e emocional muito grande, pois envolve sempre questões de muito sofrimento, de vulnerabilidade, de laços rompidos, de contato com drogas, de falta de direitos sociais e econômicos. Ambos os sujeitos de pesquisa relataram ter adquirido pediculus no trabalho.

(...) eu fiquei afastada acho que foi um ano, tem um ano, um pouquinho mais de um ano, eu fiquei doze dias afastada, por causa de coisas que vivi aqui no trabalho, e não existe nenhum tipo de política voltada para a saúde, para a nossa saúde, pelo contrário assim, quando isso aparece, as pessoas não sabem lidar, não sabem acolher (Sujeito/a X).

Quando foi questionado se existe alguma política institucional voltada para atenção à saúde dos trabalhadores, a resposta de ambos os sujeitos foi que não existe. Na visão do sujeito Y, essa é uma preocupação da equipe, pois há muito profissional que pega atestado com frequência, casos de depressão e suicídio. Um profissional do próprio trabalho tem tentado implementar um projeto voltado para o tratamento de redução de estresse.

Já para o sujeito X além de não existir uma política voltada para a saúde do trabalhador, muitas vezes as pessoas não sabem lidar diante do adoecimento do colega, não sabem acolher. No entanto, reforça:

“É claro assim, que eu sei que existe espaço dentro da secretaria onde isso é acolhido, mas por exemplo, a gerência do Serviço Social que é um lugar que acolhe muito a gente, que é um lugar que a gente sabe que pode contar, tem pouco poder, entendeu? Tipo assim, deveria ter mais, para de fato fazer uma diferença grande, porque se elas tivessem, as meninas da gerência tivessem, tenho certeza que elas fariam. Mas realmente os recursos delas são muito limitados e tudo mais, eu acho que uma política de saúde do trabalhador teria que ser uma coisa mais ampla que ultrapassasse a gerência e uma coisa respeitosa (...)” (Sujeito/a X).

Ambos sujeitos da pesquisa de campo fazem terapia, mas não especificaram com qual profissional, se é com psicólogo ou terapeuta, por exemplo.

Contudo, os relatos expressam diferentes formas de precarização do trabalho, seja no contexto de atuação junto à população de rua em que as múltiplas expressões da questão social estão bem evidentes, na falta de infraestrutura adequada, a qual, se torna um desafio para o exercício profissional, ocasionando muitas vezes uma sensação de impotência para esse trabalhador e causando um adoecimento diário que traz a extrema importância e necessidade de se criar políticas, respaldo com equipe profissional seja especializada em relação à saúde do trabalhador.

Segundo Raichelis (2014) no que se refere a intensificação nos processos de trabalho ocasionado pelo uso da tecnologia, pesquisas apontam que perceber um efeito controlador sobre o trabalho, em que desaparecem os tempos mortos e permitem que se fiscalize o desempenho do trabalhador.

Ainda segundo Raichelis (2014) as estratégias de intensificação ocorrem de forma tão gradativa, que muitos profissionais, principalmente da esfera estatal, nem a percebem.

No entanto, os participantes das pesquisas utilizam em sua prática profissional como recursos tecnológicos apenas o computador e o telefone fixo que estava cortado em ambos locais. O computador é utilizado bastante para fazer pesquisa, procurar dados referente a determinada pessoa, fazer o cadastro, o relatório.

Ao ser questionado sobre a intensificação do trabalho e metas, o sujeito de pesquisa Y, acredita que não percebe tal processo, que às vezes algum servidor falta e acaba acarretando mais trabalho para o outro, mas é algo que ocorre raramente. Em relação a metas e cobranças,

também afirma não existir, e a produtividade da equipe sempre foi boa, sempre entregaram tudo antes.

O sujeito de pesquisa X, a princípio respondeu que não sabia se estava vivenciando um processo de intensificação do trabalho, no entanto, após uma reflexão, afirmou perceber um aumento na quantidade de pessoas em situação de Rua procurando o centro POP, o que também eleva a demanda de trabalho para os profissionais do Consultório na Rua e o quanto a falta de estrutura no ambiente de trabalho influencia nas demandas relacionadas as tarefas do profissional.

“Muitas vezes a gente tem um volume de trabalho maior, para passar por cima das dificuldades, então tipo assim, uma coisa que eu resolveria com um telefonema, eu vou ter que achar três pessoas disponíveis no WhatsApp na hora e aí eu vou ter que organizar um carro, que eu não sei se eu tenho, para fazer aquilo. Então seria muito simples, se eu tivesse e conseguisse levar a pessoa lá, mas uma coisa que é assim, me demando entrar em contato com três ou quatro locais no mínimo, articular com várias coisas, para ver se dá certo ou não. Então isso aumenta muito o trabalho sabe, não tem condição, a energia que você gasta em cada atendimento ” (Sujeito X).

Em relação a metas, ela não tem, a única coisa que faz é preencher fichas com o nome para cadastro, que o intuito é saber quantos atendimentos foram feitos, mas não existe pressão quanto a produtividade.

No que se refere a autonomia no ambiente de trabalho, o sujeito Y afirma que possui autonomia no trabalho para tomar certas decisões que são contrárias a algumas medidas impostas, que senta com a equipe muitas vezes, decide e faz, como por exemplo quando deseja realizar cursos. No entanto pontua um desejo de entrar para trabalhar em outro horário do pré-estabelecido, entrar mais tarde e trabalhar até por volta das 20 horas e durante os finais de semana, pois alega que a população que frequenta o serviço no final de semana não é a mesma e a população em situação de rua não acorda cedo. Tal desejo é respaldado pela portaria Nº 2.488/2011 que referente a carga horária mensal do profissional do Consultório na rua trás:

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana. (PORTARIA Nº 2. 488 de 21 de outubro de 2011).

O sujeito de pesquisa Y também faz uma relação de autonomia com a aceitação da equipe perante posicionamentos, decisões que toma. O sujeito de pesquisa X, pontua que a falta de estrutura física e suporte para o seu exercício profissional, como por exemplo, a ausência de telefone e um carro, também atrapalha e muito em sua autonomia.

(...) vocês devem saber que a gente tá sem o telefone na Secretaria de Saúde, tem três meses. Pois é, isso é adoecedor, porque a gente ainda tem a Sedest que a gente usa o telefone da Sedest, eu uso muito celular, inclusive vivo sem crédito, eu coloco e sempre acaba, e falta de carro também. Então isso tudo eu acho que contribui bastante para uma questão mais ampla de autonomia, eu posso até querer, eu posso até achar que dá para fazer, mas não tem jeito, não tem carro, mas enfim (Sujeito/a X).

Dessa maneira, é possível perceber que não existe uma autonomia de fato, ela ocorre de forma relativa. Para Mota (apud RAICHELIS, 2011) a historicidade de uma profissão irá incorporar relativa autonomia frente aquilo que a determina socialmente, considerando tanto as condições objetivas como a possibilidade de ação dos agentes profissionais. Ou seja, é a autonomia técnica que confere relativa autonomia à profissão, na qual a vontade individual de seus agentes, não seria suficiente para redimensionar o exercício profissional.

3.4. Formação e Qualificação Profissional

Atualmente, é demandado das diferentes profissões exigências em relação à atuação, experiência, conhecimentos em determinada área. Para o profissional de Serviço Social essa realidade não é diferente, principalmente diante do seu objeto de trabalho, as expressões da questão social, que exige do profissional, compreensão da realidade em suas diferentes dimensões, ao mesmo tempo, em que precisa incorporar no seu cotidiano de trabalho uma perspectiva ético-política, com competência teórica metodológica, técnico – operativa.

Os assistentes sociais atualmente, segundo Raichelis (2009, p. 388) “passam a ser requisitados para atuar também na formulação e avaliação de políticas, bem como no planejamento e na gestão de programas e projetos sociais, desafiados a exercitarem uma intervenção cada vez mais crítica e criativa.”

Segundo Raichelis (2009), percebe-se profundas mudanças no perfil dos assistentes sociais, exigindo:

(...) novas qualificações e capacitação teórica e técnica para a leitura crítica do tecido social, elaboração de diagnósticos integrados das realidades municipais e locais, formulação de indicadores sociais, apropriação crítica do orçamento público, capacidade de negociação, de interlocução pública, etc, o que interpela as instâncias formadoras e demanda a adoção abrangente de mecanismos de educação continuada para técnicos e gestores públicos (RAICHELIS, 2009, p. 388-389).

O sujeito de pesquisa Y, afirmou que sempre existe incentivo por meio da Gerência para que se faça os Cursos Ofertados, afirmou que adora participar, fez o Curso sobre o Hayk como práticas integrativas, o Curso Justiça Comunitária que trabalha a questão da mediação de conflitos, articulação com a rede e a efetivação de direitos. Também procura participar das reuniões dos Alcoolicos Anônimos. Como já citado anteriormente não supervisiona estágio por conta da estrutura física do local, mas ao participar de um Curso sobre Supervisão de Estágio, aprendeu que não é preciso ter um campo ideal para receber estagiários, que isso também serve para mostrar a precariedade muitas vezes do local de trabalho e a necessidade de lutar para conseguir melhores condições de trabalho. Procura também, manter aproximação com Universidade, recebendo alunos do Pibic, mas gostaria muito de desenvolver uma parceria com a mesma.

Ao chegar na equipe do Consultório na Rua, ambos os sujeitos de pesquisa não receberam nenhum treinamento específico ou curso logo que chegaram ao dispositivo de saúde. O sujeito X, fez um Curso do Ministério da Saúde, relacionado ao serviço, cerca de um ano e meio depois que passou no concurso, o qual ela considera que foi muito bom. O sujeito de pesquisa Y, relata que aprendeu muito do conhecimento adquirido lendo o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, do Ministério da Saúde (2012) e com os colegas de equipe, em especial com outro assistente social que foi compor a equipe do Consultório na Rua de Taguatinga. Esse mesmo profissional relata que realizou Curso de Atenção Integral para população em situação de rua, ofertado pela FIOCRUZ, depois de algum tempo.

“ O Consultório, quando a gente veio para cá, teve o acolhimento, falaram o que era o Consultório, eu não tinha nenhum, nunca tinha ouvido falar, no meu estado não tinha esse programa até então, eu cheguei em janeiro de 2013 e aí a equipe aqui começou em julho de 2012, então fazia 6 meses que era uma enfermeira, a (...) e que era Coordenadora, dois técnicos de enfermagem que eram contratados, aí em janeiro de 2013 chegou eu e uma semana e 15 dias depois chegou o psicólogo, o (...), que veio da Papuda, da prisional, então a gente iniciou assim, e ela foi falando o que que ela já sabia, o que que ela já tinha aprendido, o que que era Consultório, a enfermeira daqui. Aí depois a gente fez um Curso de atenção integral da população em Situação de Rua que era dado pela Fiocruz né, pela Secretaria também, que foi uma base para gente, antes a gente leu o manual, na época não tinha carro aqui, não tinha motorista né, e a gente faz uma parceria com o Núcleo de Abordagem Social da Assistência Social que atuava aqui, que a equipe daqui está lá em, Centro POP Taguatinga agora, o (...) que é o assistente Social que é o Coordenador e toda a equipe que trabalhava aqui, a maioria foi para lá, porque iriam montar esse dispositivo aqui né, então

levaram tudo que era bom para lá, então tudo que a gente sabe de abordagem de rua, principalmente eu, a gente aprendeu com ele, a gente fazia essa parceria de sair juntos, e eles foram nos ensinando, como era essa abordagem de rua, porque nem abordagem de rua, nem Consultório na Rua, muito menos dependência de álcool e outras drogas na minha grade curricular, eu não tive, então, eu não sei, como é que eu trabalharia isso” (Sujeito/a Y).

Muitas dúvidas surgiam, logo que entrou no serviço, afirmou o sujeito Y “ faz matriciamento ou não faz?” E complementou que sem saber muito o que e como deveria fazer, cada um fazia do jeito que achava ser o correto.

O sujeito X também reitera o estímulo da gerência para a realização de Cursos e como já exposto anteriormente, procura fazer os Cursos ofertados, atualmente, mais na área da Saúde do que propriamente do Serviço Social. No momento da realização da entrevista de campo, estava realizando a supervisão de estágio, compreendendo como uma experiência importante em relação a troca, que estimulou a realizar mais leituras, a olhar para o próprio trabalho e a se reaproximar, de alguma maneira, da Universidade.

A supervisão de estágio, é uma responsabilidade atribuída aos assistentes sociais pela lei n. 8662/1993. Trata-se de uma atribuição privativa dos Assistente Social, em que as entidades da categoria reconhecem:

a atividade de supervisão direta do estágio em Serviço Social constitui momento ímpar no processo ensino- aprendizagem, pois se configura como elemento síntese na relação teoria-prática, na articulação entre pesquisa e intervenção profissional e que consubstancia como exercício teórico-prático, mediante a inserção do aluno nos diferentes espaços ocupacionais das esferas públicas e privadas, com vistas à formação profissional, conhecimento da realidade institucional, problematização teórico-metodológica . (Resolução CFESS n. 533, de setembro de 2008).

Consiste em um processo que é parte integrante do projeto de formação profissional, “seus pressupostos, princípios, orientação teórico metodológica e direção social devem ser buscados nas Diretrizes da Formação Profissional dos assistentes sociais e em outros componentes do projeto ético-político profissional” (GUERRA e BRAGA, p. 542).

Trata-se também segundo Guerra e Braga (2009) de um lugar em que se tem a oportunidade de fazer reflexões voltadas para compreensão dos processos sociais para além do que está posto de forma imediata. É importante dessa forma, que se tenha encontros periódicos, que priorize a discussão, a síntese de tudo aquilo que tem sido vivenciado e a reflexão.

Outra questão, abordada pelas autoras supracitadas, é os interesses voltados para o mercado que existem por trás da contratação de estagiários. O estagiário é contratado para

atender às demandas institucionais, centrada na lógica custo-benefício, com contratações precárias e respondendo muitas vezes, as mesmas demandas que os profissionais.

É necessário, na realização da supervisão de campo, que se tenha cuidado para não ter uma concepção instrumental de estágio, que entende tal processo apenas como “ a realização de ações, de operacionalização, espaço para aquisição de comportamentos e de treinamentos de habilidades (manipulação, adestramento) ” (GUERRA e BRAGA, p. 546). Essa percepção, torna o estágio supervisionado como uma prestação de serviço e não como um momento rico tanto para o supervisor e estagiário.

O consultório na Rua, é um dispositivo importante da Atenção Primária e na área da saúde deve ser um campo desejado pelos alunos da graduação pois contribuirá muito para a formação profissional, uma oportunidade única de presenciar as expressões da questão social tão latentes e contribuir para que mais assistentes sociais realizem e vivenciem um momento privilegiado que é a supervisão de estágio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual conjuntura de crise estrutural enfrentada pelo mundo e que reflete também no Brasil, interfere no trabalho do Assistente Social e na dos trabalhadores de uma maneira geral, percebe-se a significativa redução de postos de trabalho, a terceirização, o aumento do desemprego. Tal contexto, desencadeia o aprofundamento da desigualdade social, o aumento da população em situação de rua, aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução de direitos assistenciais e previdenciários além de aumentar a demanda de serviços relacionados à saúde e as demais políticas sociais.

O assistente social ao compor uma equipe de saúde, dispõe de conhecimentos diferenciados para a compreensão das condições e demandas apresentadas pelo usuário e, competência distinta para o trabalho em equipe, uma vez que estabelece mediações necessárias para compreender as necessidades de saúde dos usuários considerando as expressões da questão social presente.

Este Trabalho de Conclusão de Curso- TCC, teve por objetivo analisar o exercício profissional do assistente social Consultórios na Rua no Distrito Federal, no âmbito da Atenção Primária em Saúde – APS. Dessa forma, foi importante compreendermos quais as principais ações, desafios, atribuições e competências do assistente social na instituição.

Através da pesquisa bibliográfica foi possível constatar a escassez de conteúdos voltados especificamente para o exercício profissional do assistente Social no Consultório na Rua e sobre o Serviço Social nesse dispositivo de saúde. Percebe-se muita bibliografia relacionada à população em situação de rua, ao histórico e implementação do até então, Consultório de Rua. Por intermédio da pesquisa documental, chegou-se à conclusão de que muito do que consta em documentos oficiais como leis e portarias sobre o Consultório na Rua, não tem sido cumprido, como a exemplo da composição da equipe, pois a falta de um profissional, seja ele o médico ou de outra especialidade, fará a diferença para que se tenha uma intervenção mais completa. Também a infraestrutura do ambiente de trabalho, a disponibilidade do carro para fazer abordagem e ofertar serviços de saúde na rua são requisitos fundamentais para o alcance dos objetivos do referido serviço de saúde.

A pesquisa de campo, proporcionou conhecer o Consultório na Rua e o exercício profissional do assistente social, por meio de um ângulo privilegiado, ou seja, uma aproximação da realidade e da prática de um serviço de saúde em meio aos locais escolhidos no Distrito Federal.

Foi possível constatar a importância do Consultório na Rua para conseguir ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, proporcionando atenção integral à saúde para esse grupo populacional, que muitas vezes é hostilizado e discriminado em outros serviços de saúde. Dessa maneira, o serviço tem como público alvo pessoas que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Percebeu-se que as condições de trabalho precárias que os profissionais estão submetidos tornam-se um desafio a ser superado e que acabam atrapalhando na execução do que de fato o Consultório na Rua se propõem a fazer. Dificulta o atendimento com qualidade aos usuários, a constituição de estratégias profissionais, como a construção do vínculo e o sigilo no atendimento, e interfere na saúde dos trabalhadores.

O assistente social é parte importante e fundamental na equipe multidisciplinar do Consultório na Rua. Exerce suas atividades pautada na humanização dos serviços, diferencia-se dos demais profissionais pelo olhar crítico em relações as múltiplas expressões da questão social que estão postas para a população em situação de rua, de modo que contribui com ações que buscam reinseri-los socialmente e assegurar seus direitos à saúde. Ações, jamais feitas de forma isoladas, pois se executadas assim, tendem a culpabilizar o sujeito que acaba se sentindo incapaz de se inserir em uma estrutura complexa.

O exercício profissional do assistente social está voltado para a garantia de um trabalho realizado com qualidade e comprometimento, que contribua para o acesso à saúde dos usuários na perspectiva de defesa do Sistema Único de Saúde universal e integral, em meio a muitos desafios pela falta de condições adequadas de trabalho, como a falta de motorista, equipe incompleta, o telefone fixo cortado, dentre outros.

Percebeu-se que a questão de não ter motorista é algo que influência diretamente no trabalho de toda a equipe e acaba descumprindo com a proposta inicial da criação do Consultório de Rua, idealizada pelo professor e psiquiatra Antônio Nery Filho que viabilizava o atendimento dessa população extramuros, em seus próprios contextos de vida. Talvez, fosse necessário incluí-lo na portaria 122 (2011) como um componente da equipe do Consultório na Rua.

Por fim, é perceptível que trabalhar com a população em situação de rua, requer também um preparo psicológico pessoal dos profissionais, para não somatizar tantas histórias difíceis, além de condições adequadas de trabalho e uma rede de proteção social com capacidade de atender as demandas presentes. Nesse contexto, é imprescindível a criação de

processo de educação continuada e de políticas voltadas para a saúde deste trabalhador que atua no Consultório na Rua.

A relevância de um serviço especializado e voltado para a população de rua, reporta muitos desafios a equipe multiprofissional, dentre eles o assistente social, que depende de uma rede de serviços públicos no âmbito das diferentes políticas sociais, para garantir no seu trabalho cotidiano, condições adequadas para o alcance dos objetivos propostos e bases objetivas para realizar com qualidade as atribuições e competências profissionais em consonância com preceitos do projeto ético político profissional e da reforma sanitária. .

REFERÊNCIAS

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Saúde e trabalho: desafio para uma política**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1991.

AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. In: Zenaide Neto Aguiar. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 18-40.

BARROCO, M. L.S. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p. 166-181.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012. p. 13-100.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_n_122_DE_25_DE_JANEIRO_DE_2011.pdf>. Acesso em: 10 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

<[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 10 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações pragmáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília, 2010. p. 1- 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990. p. 1-10.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social enlacoyunturalatinoamericana: desafíos para suformación, articulación y acciónprofesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Equador, 2009. Disponível em <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em 10 dez

CAETANO, Dayane do Nascimento; SILVA, Janierika Teixeira. O processo de trabalho do/a Assistente Social no Consultório na Rua- Equipe da UBS São João do Sistema Único de Saúde Natal/ RN. **Revista Interface**, Natal, v. 13, n.1. Disponível em: <<https://ojs.ccsa.ufrn.br/ojs//index.php?journal=interface&page=article&op=view&path%5B%5D=706>>. Acesso em: 11dez. 2016.

CARBONARI, Paulo. **Direitos Humanos: sugestões pedagógicas**. Passo Fundo: Instituto Superior de Filosofia Berthier, 2008. p. 60- 66.

CARVALHO, Antônio Ivo e BUSS, Paulo Marchiori. **Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. 2009, p. 141-164.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. p. 33-66.

CFESS. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. Brasília, 2010. p. 1-13.

CONNAS. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/secretaria-de-saude-do-df-apresenta-programa-brasilia-saudavel-a-atencao-primaria-a-saude-resolutiva-no-distrito-federal/>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, 1978. Disponível em:< <http://cmdss2011.org> >. Acesso em: 2 dez. 2016.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 24, supl.1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso 10 dez. 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Política distrital de práticas integrativas em saúde: PDPIS / Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Gerência de Práticas Integrativas em Saúde – Brasília: Fepecs, 2014. p. 7-39.**

FILHO, Hildebrando Marques da Silva. **Direito à Saúde: a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2010. 100 f. Monografia (Graduação em Direito) – Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa, 2010.

FORMENTI, Lígia. Ministro propõe planos baratos para reduzir demandas do Sus. **O Estado de São Paulo**, 06, jul. 2016. Disponível em: < <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-propoe-planos-de-saude-mais-baratos-para-reduzir-demanda-no-sus,10000061297> >. Acesso em: 08 nov. 2016.

FORMENTI, Lígia. Zika e mais médicos marcaram saúde do governo Dilma. **ABRASCO**. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/zika-e-mais-medicos-marcaram-a-saude-do-governo-dilma/>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

GIOVANELLA, Lígia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária em Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et. al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600023>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

GUERRA, Yolanda; BRAGA, Maria Elisa. Supervisão em Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p.531-550.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10ª Ed. São Paulo: Cortez, 2014.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf> >. Acesso em: 11 dez. 2016.

IAMAMOTO, M. V. O serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p. 15-45.

IAMAMOTO, M.V. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e o trabalho do assistente social na atualidade. **Atribuições privativas do/a assistente social: em questão**. CEFSS, 2012.

JÚNIA, Raquel. PEC 241 ou o fim do SUS e da escola pública. **EPSJV FIOCRUZ**, 22 nov. 2016. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/pec-241-ou-o-fim-do-sus-e-da-escola-publica> >. Acesso em: 11 dez. 2016.

LANCELOTI, Júlio. Vínculo no atendimento à população em situação de rua. In: **BRASIL**. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, 2012. p. 27-28.

LONDERO, Mario Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg e BILIBIO, Luiz Fernando. Consultório de/na rua: desafios para um cuidado em verso na rua. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 1-15, abr./ jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251>. Acesso em: 11 dez. 2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2006. Disponível em: < <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao> >. Acesso em: 11 de dez. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. In : **Ser Social**, UNB, v. 11, n. 2, Brasília, 1998. p. 221-243.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os assistentes sociais**, 2006. p.1-22.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p. 52-64.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 1-19.

NEVES, Eduardo Borba; DOMINGUES, Clayton Amaral. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Andreia de. **Atenção Primária à Saúde: Qual o lugar da participação da sociedade**. 2012, 260 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de Rua: Relato de uma Experiência**. Salvador/BA. 2009. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

OLIVEIRA, Paola Pereira de. **O Serviço Social na saúde: trajetória, demandas e enfrentamentos no âmbito hospitalar, do Curso de Serviço Social da Federal de Santa Catarina**. 2009. 78 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

PAIM, Jarnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia (org) et al. **Políticas e Sistemas no Brasil**. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

PAIM, Jarnilson Silva. **O que é o SUS?** Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jarnilson, TRAVASSOS, Claudia, ALMEIDA, Celia, BAHIA, Ligia e MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Saúde no Brasil 1, 2011.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1999.

População em situação de rua. **Geografia Humana do Brasil**. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/populacao-situacao-rua.htm>>. Acesso: 08 nov. 2016.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do Assistente social na esfera estatal. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p. 377-390.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. **Populações especiais: vulnerabilidade e proteção**, 2008, p. 32.

SANTANA, Carmem. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre as políticas de abordagem à saúde da população de rua. Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 1-3, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2ed., 2013.

SANTOS, M.S. **Na Prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2010.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 246-255. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf> >. Acesso em: 11 dez. 2016.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético - político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p.186-197.

VARGAS, Tatiane. **Consultório na rua: novas políticas para população de rua**, 21, set. 2012. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. O Significado Sócio-histórico da Profissão. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPS (Orgs.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS, 2009. p. 125-141.

ANEXO I**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****(com profissionais/assistentes sociais na APS do DF)****I – IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS**

Idade: _____

Sexo: () M () F

Renda individual (média em SM): _____

II – DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Nível de formação:

Graduação: Onde? _____

Quando se formou? _____

Pós-Graduação:

Possui Especialização? Sim() Não ()

Caso sim, em qual área se especializou? _____

Onde? _____

Quando? _____

Possui Mestrado? Sim () Não () Doutorado? Sim () Não ()

Pós-Doutorado? Sim () Não ()

Onde? _____

Quando? _____

Em qual área? _____

III – DADOS SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

Qual o cargo/função que você ocupa/desempenha?

Qual o seu tipo de vínculo empregatício?

Qual sua área de atuação?

Tem quanto tempo de atuação como Assistente Social?

No Serviço Social, desde seu ingresso no mercado de trabalho, em que áreas já atuou?

Na área da saúde, quanto tempo atua e locais de atuação:

O que você busca para se manter atualizado? Participa de eventos (cursos, palestras, conferências, congressos, etc.) promovidos pela categoria profissional ou áreas afins?

Quais são os serviços prestados pela instituição (aqui é o serviço, Nasf, consultório na rua, centro de saúde, saúde prisional,...)?

Quais suas principais ações no seu cotidiano de trabalho na APS?

Dessas ações e atividades desenvolvidas quais você considera que são específicas do assistente social (no Nasf, no consultório na rua, na saúde prisional, no centro de saúde....)?

No desenvolvimento dessas atividades, há algum referencial teórico-metodológico que norteia sua atuação profissional? Caso sim, qual e como fundamenta a ação?

Existe interface do código de Ética do Assistente Social e do projeto ético político do Serviço Social no seu exercício profissional cotidiano? Caso afirmativo, de que forma? Caso negativo, quais os dificultadores?

Há trabalho em equipe? Caso sim, como se dá a constituição da equipe de trabalho?

Existe a participação da população/usuários? Se sim, como?

Que atividades você realiza em seu trabalho que são organizadas e realizadas conjuntamente com a equipe de saúde a que pertence?

Quais instrumentais técnico-operativos você utiliza no seu exercício profissional?

O assistente social tem autonomia no ambiente de trabalho? De que forma?

IV - Condições de Trabalho

Qual sua jornada de trabalho semanal? _____

Qual a sua análise/avaliação acerca da instituição em que trabalha?

Em relação às condições de trabalho, como você avalia seu ambiente de trabalho? Você é requisitado para atuar nas especificidades da profissão ou acontece de requisitarem seu trabalho para outras ações não específicas? Caso sim, como isso ocorre?

Qual sua avaliação sobre o espaço físico (infra-estrutura) disponibilizado para o Serviço Social na instituição?

Você já desencadeou algum processo de adoecimento advindo do trabalho, seja nesse espaço ocupacional ou em outro?

Caso sim, comente sobre.

Já precisou ficar afastado/a do trabalho em detrimento de adoecimento? Existe alguma política institucional voltada para a atenção à saúde dos trabalhadores? Caso sim, qual e como se dá?

Atualmente você está fazendo algum acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso em decorrência de agravos à saúde advindos do trabalho?

Há cobrança e pressão no ambiente de trabalho? Caso sim, de que forma?

Você é requisitado pela instituição fora do seu horário de trabalho? Caso sim, como se dá esse processo?

Há cobrança para o cumprimento de metas e resultados? Caso sim, como isso ocorre?

Como você analisa/avalia o ritmo e velocidade do seu trabalho hoje em termos de cobranças de resultados e produtividade?

Você considera que tem ocorrido um processo de intensificação do trabalho nos últimos anos? Por quê? E como isso acontece?

Há acúmulo de atividades/sobrecarga de trabalho devido ao volume de demandas? Como você avalia esse processo?

Você se utiliza dos recursos tecnológicos (computador, recursos multimídia, comunicacionais, etc.) no seu cotidiano de trabalho? Caso não, por quê? Caso sim, como se dá essa apropriação e qual sua avaliação sobre os avanços tecnológicos no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais?

V - Formação e qualificação profissional

A instituição estimula e incentiva a qualificação profissional e a formação continuada? Caso sim, como?

Você supervisiona estágio? Caso sim, como avaliação a supervisão de estágio?

VI – DADOS SOBRE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

Você conhece o trabalho do conjunto CFESS/CRESS? Como avalia a atuação dessas entidades?

Você participa ou integra algum movimento social, conselhos de direitos/políticas, comissões no ambiente de trabalho, sindicatos, etc.? Caso sim, qual? Como avalia esses espaços?

Você busca manter aproximação com a Universidade? Caso sim, de que forma?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”, de responsabilidade da equipe de pesquisadores: Profa. Dra. Andréia de Oliveira, Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli, professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e Michelle da Costa Martins (assistente social da Secretaria de Saúde do DF). O objetivo desta pesquisa é analisar as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos na Atenção Primária em Saúde (APS) no Distrito Federal. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário online elaborado na plataforma Google (1ª fase) e entrevista semiestruturada (2ª fase), tendo os assistentes sociais da APS do Distrito Federal como sujeitos da pesquisa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Andréia de Oliveira na instituição Universidade de Brasília telefone: (61) 981080161, no horário: 9h às 12 e das 14h às 18h, ou para Michelle da Costa Martins na instituição SES/DF, telefone (61) 33486149, no horário das 14h às 18h. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas /IH da Universidade de Brasília/UnB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone geral: (61) 3107-3300. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília-DF, ____ de ____ de ____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)